№ 2. WARSZAWA, LUTY 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— Numer pojedyńczy Zł. 1.—



№ 2. WARSZAWA, LUTY 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr A. POSTOLSKI.

LECZENIE ŚWIĄDU SROMU.

Etiologia świądu sromu jest niejednolita i w każdym przypadku trudna do ustalenia. Przyczyny świądu są miejscowe, okoliczne, ogólne, hormonalne i nerwowe.

Przyczyny miejscowe. 1-o. Schorzenia narządów rodnych którym towarzyszy obfita wydzielina z pochwy. (Zapalenie przydatków i macicy, pęknięcie szyjki, mięśniaki i nowotwory macicy, owrzodzenia i nadżerki pochwy, obecność rzęsistka pochwowego, zapalenie gruczołu Bartolina i t. d.). *Upławy* które są częstą przyczyną świądu są gryzące, zabarwione i mogą być niezbyt obfite. 2-o. Miejscowe podrażnienie zakończeń nerwowych w okolicy zewnętrznych narządów rodnych np. przy nadużywaniu mydeł alkalicznych, przy długotrwałych ciepłych kąpielach macerujących skórę. 3-o. Nadużycie w dziedzinie życia płciowego lub niezaspokojenie popędu płciowego u osób uprawiających masturbację. 4-o. Świąd sromu występujący w ciąży. *Voyssiere* podaje, że najczęściej wywołuje go pleśniawka — Monilia albicans. — Drugą przyczyną świądu u ciężarnych jest rzęsistek pochwowy — Trichomonas vaginalis, dający zielone, gryzące upławy. Trichomonas jest też często przyczyną upławów i świądu poza ciążą.

Przyczyny okoliczne: zaparcie, ropienie odbytnicy, ropomocz, zapalenie wyrostka robaczkowego.

Przyczyny ogólne: przede wszystkim cukrzyca. Poza tym białaczka, żółtaczka, choroby nerek, białkomocz, choroba Basedowa, wiąd rdzenia, anemia złośliwa, zatrucie kokainą, alkoholem, kofeiną, alergia pokarmowa, lekowa, skazy wysiękowa i artretyczna.

Przyczyny hormonalne. a) świąd sromu może wystąpić w czynnym okresie płciowym kobiety na tle niedomogi lub na tle nadczynności jajników, (skąpe lub brak miesiączki, krwawienia), które często idą w parze z zaburzeniami w dziedzinie innych gruczołów dokrewnych np. tarczycy. Zaburzeniom tym może towarzyszyć zanik owłosienia fizjologicznego, obrzęki i zgrubienie skóry w okolicy narządów rodnych, b) Świąd sromu na tle hormonalnym jest też częstym zjawiskiem w ciąży. c) *Najczęściej* jednak świąd sromu występuje u osób w okresie *przekwitania* lub czasami przed ale częściej po tym okresie. W przeciwieństwie do wyżej wymienionych *wtórnych* postaci świądu, świąd w okresie przekwitania jest niesłusznie zwany świądem samoistnym, gdyż w ostatnich latach wykazało, iż powstaje on na tle zawiłych zaburzeń nerwowych wewnątrz-wydzielniczych. Zjawiska klimakteryczne mające za podłoże wypadnięcie czynności jajnikowej są w rzeczywistości wynikiem zachwiania ogólnej równowagi dokrewnej, szczególnie w obrębie przysadki, tarczycy i nadnerczy.

Przyczyny nerwowe. Chwiejność układu roślinnego nerwowego poprzez który mają działać gruczoły dokrewne jest często przyczyną wystąpienia świądu sromu. Na czoło obrazu *klinicznego* wysuwa się uczucie swędzenia w okolicy sromu, połączone z potrzebą drapania. Natężenie świądu waha się od bardzo lekkiego ustępującego pod wpływem maści aż do prawdziwego opętania, kiedy chory drapie się, nie bacząc na otoczenie. Cierpienie ma charakter przerywany. Drapanie może wywołać ubytki naskórka, zgrubienia i liszajowacenie skóry i naskórka oraz wtórne zakażenia.

Leczenie kształtuje się, w zależności od *podłoża* chorobowego i musi być rozpoczęte od dokładnego *ustalenia przyczyny.* Obok ógólnego a szczególnie miejscowego badania chorego należy zbadać mocz i krew, określić zawartość cukru we krwi, zbadać ilość mocznika, rezerwę alkaliczną, oraz poziom follikuliny. W przypadkach o etiologii nieznanej, najczęściej spotykanej, należy uciec się do leczenia objawowego i do wypróbowania różnego rodzaju środków i metod często skutecznych.

Leczenie miejscowe; objawowe i przyczynowe. *Leczenie objawowe.* Często jest konieczne. Polega ono przede wszystkim na stosowaniu maści lub płynów łagodzących ból i swędzenie. Wobec ważności tego leczenia podajemy kilka wypróbowanych recept. Rp. Cocaini hydr. 1,0 Mentholi 0,2 ol. oliv. 2,0 Lanolini, vaselini àa 10,0. M. D. S. — maść. Rp. Thymoli 0,5 Mentholi 1,0 — 2,0. Anthrasoli 2,0 — 4,0. Glycerini 10,0. Spiritus diluti ad 100,0 M. D. S. — pędzlowanie. Rp. Bismuthi subn. 0,5, Zinci oxyd. 1,0. Ungu. leniens — vaselini aà 25,0. M. D. S. — maść. Rp. Liquor Plumbi subac. Glycerini aà 15,0 aq. dest. ad 200,0. Rp. Mentholi 0,1, acidi phenilici 3,0, chloralhydrati 6.0, Glycerini 30,0, acidi acetici aro-

matici ad 150,0. M. D. S. 1 łyżkę na szklankę wody. Kompresować. Rp. Cupri sulfurici, Zinci sulfurici aa 15,0, aq. destilatae ad 300,0. M. D. S. 1 łyżka stołowa na szklankę wody — przemywania. Po umyciu maść: Acid. carbolici liquef. 0,3. Mentholi 8,5. Chloralhydrati 1,5. Ol. Jecoris 30.0 Axungiae porci q. s. ut. f. pasta mollis. Na to cynkową maść w połączeniu 3 — 5% Hg. chlor. lub 1% puder cynkowy. Wreszcie okłady i czopki z belladony, makowca, anestezyny i nowokainy. *Pudry* jak talk jałowy lub z dodatkiem kwasu salicylowego zwiększają oddychanie skóry i zapobiegają maceracji. Lanolina zaś i wazelina zatrzymują odpływ wydzieliny i utrudniają oddychanie skóry. Dlatego też większość autorów stosuje płyny a następnie po wysuszeniu pudry.

Leczenie przyczynowe. Obok zachowania czystości, zaleca się używanie mydeł, zawierających *kwasy*. Niektórzy zamiast mydła radzą nacierać skórę oliwą z dodatkiem witaminy A. Zaleca się też nasiadówki i kąpiele gorące i krótkie z dodatkiem octanu glinowego. Większość jednak autorów radzi zmywanie sromu lub lepiej *krótkie kąpiele zimnymi* roztworami środków lekko ściągających jak formalina, ałun rozcieńczony, alkohol, kwas octowy, siarczan cynku, winian ołowiu.

Przestrzykiwania pochwy często stosowane mają na celu spłukanie wydzieliny patologicznej, usunięcie przyczyny upławów i zarazem świądu. Zaleca się środki antyseptyczne, niedrażniące jak np. roztwory kwasu bornego, kwasu octowego (1 łyżka na litr), a szczególnie kwasu mlekowego (0,5 — 1,0%).

Skutecznym środkiem do tych samych celów jest połączenie *alkoholu* z jodem metaloidowym, którym pędzluje się pochwę i srom. Pędzlowanie azotanem srebra 1/15 co 3 — 4 dni jest też wskazane. Na ogół używa się jednak $AgNO_3$ w stężeniu 2 — 10%. Używa się również kwas pikrynowy 1%-owy, 1 — 2%-owy błękit metylowy, 1 — 2% Hydarrg. bichlor. w 80% alkoholu. Wszystkie te środki mają własności *znieczulające* i *bakteriobójcze.* W obecności *Trichomonas vaginalis* lepsze są przestrzykiwania pochwy ze *sody* lub chlorku *sodu. Rozenthal, Schwarz* i *Kalder* stosują 2 razy dziennie płukanie z 25% roztworu soli kuchennej. Najlepszym środkiem wydaje się być $AgNO_3$ w roztworze 1:2000, który nie zmienia chemizmu pochwy, wywiera działanie zabójcze na pleśniawki i rzęsistki, pobudza komórki pochwy do wzrostu i ma wybitne działanie przeciwświądowe. *Heine, Kleine* i inni podają, że pędzlowanie 2% azotanem srebra jest doskonałym środkiem przy świądzie sromu. Ostatnio stosuje się Fluarsol, Devegan i inne gotowe środki. Petersen leczy upławy, na tle Trichomonas pastą Vioformową (15 gr. vioformu, 22 cm^3 gliceryny). Pastę tę wkłada się do pochwy codziennie po uprzednim jej przepłukaniu. Zapalenie szyjki macicy leczy się 1 — 15% azotanem srebra.

Leczenie przyczynowe, hormonalne. Follikulina.

Myśl o zastosowaniu follikuliny w świądzie sromu powstała w związku z tą okolicznością, że w większości przypadków występuje on dopiero w okresie przekwitania, lub w okresie przed i po klimakterycznym. W r. 1933 *Hubscher, Bernard, Kaufmann, Labhart, Schokaert* dowiedli doświadczalnie i klinicznie, że świąd sromu jest w większości przypadków wyrazem braku follikuliny, oraz że follikulina wstrzyknięta w odpowiedniej dawce (5.000 — 10.000 j. m.) powoduje wyzdrowienie. W ostatnich więc latach na plan pierwszy wysuwa się *hormonalne* leczenie świądu sromu, które w zależności od przypadku jest leczeniem *substytucyjnym* (w przypadkach świądu przebiegającego z jednoczesnym brakiem miesiączki lub po wytrzebieniu) bądź pomocniczym (skąpe miesiączki).

Dawkowanie follikuliny jest wybitnie indywidualne, *(Werner, Jones, Roberts, Brown, Neilson).* Każdy odcinek dróg rodnych kobiet odmiennie reaguje na określoną dawkę follikuliny. Leczenie powinno się rozpocząć małymi dawkami, następnie dawki należy powiększyć i wreszcie stopniowo zmniejszyć. W ten sposób chore przyzwyczajają się do odmiennego poziomu równowagi wewnątrzwydzielniczej. Wprowadzenie bowiem naraz zbyt wielkiej ilości hormonów wywołać może zespół zaburzeń wielogruczołowych. We Francji stosuje się naogół od 3.000 do 50,000 j. szcz. (jedna jednostka szczurza równa się około 10 j. mysich). W przypadkach mało intensywnych trwających od niedawna podaje się 1000 j. szcz., w przypadkach bardziej dokuczliwych 10,000 j. szcz. a w przypadkach o bardzo dużym natężeniu 50,000 j. szcz. na dawkę.

Iniekcje robi się co 5 i 10 dni domięśniowo.

Schäffler i *Wetterwald* stosują po 10,000 j. co 2-gi dzień przez 10 dni, kuracji takich robią oni trzy z przerwami 10-cio dniowymi. Poza tym zalecają oni leczenie miejscowe. Leczenie hormonalne jest kontynuowane po otrzymaniu poprawy. Bardzo trudne do opanowania leczniczego przypadki świądu sromu leczył *Buschbek* za pomocą dużych dawek follikuliny do 800.000 j. m. w ciągu 6-ciu tygodni. Po takiej dużej dawce występuje 6 — 10-cio dniowe krwawienie, które należy uznać nie za miesiączkę ale za krwawienie z rozrostu śluzówki macicy.

Joffcoate podaje od 10.000 do 50.000 j. m. 2 razy tygodniowo domięśniowo z jednoczesnym podawaniem mniejszych dawek doustnie. (Follikulina ginie w znacznej części w przewodzie pokarmowym). Następnie zmniejsza on dawki stopniowo.

Stosownie do przypadku chore otrzymują od 10 do 30.000 j. co 2 lub 3 dni. Autor ten stosuje też najnowszy przetwór hormonu rujotwórczego, mianowicie *bedźwinian oestradiolu,* powoli wchłaniający się jako ester, równomiernie i silnie działający ze względu na swą bardzo czynną postać chemiczną. *Rust* leczył bardzo silny świąd sromu, który wystąpił u chorych z objawami wypadowymi na skutek kastracji ope-


Bezjodowy i w związku z tym
zupełnie nieszkodliwy
tarczycowy związek hamujący
Tyronorman
KONTROLA
Tyronorman
TYROKSYNA
skuteczny przy stosowaniu
doustnym, dla zachowawczego leczenia choroby
Basedowa i tyreotoksykozy.
DOKŁADNE DAWKOWANIE: 1 TABLETKA = 10 JEDN. PRZECIWTARCZYCOWYCH
OPAKOWANIA PO 18, 100 i 200 TABLETEK (OPAKOWANIE KLINICZNE)
Saska Wytwórnia Surowic S.A. Drezno
PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ: BRESZEL I BRUZDA DAWN. JÓZEF BRESZEL I S-KA SPÓŁKA KOMANDYTOWA, WARSZAWA PL. MAŁACHOWSKIEGO NR. 2

racyjnej, estrem benzoesowym estradiolu. Podawał on w odstępach 3 dniowych w ilości od 10 do 50,000 j. stosownie do natężenia świądu. Wyniki otrzymane przez tego autora miały być nadzwyczajne.

Naskórne stosowanie hormonu pęcherzykowego. W roku 1929 *Zondek, Jadasson Uelinger, Zuercher* wykazali, że hormon pęcherzykowy jest bardzo łatwo i równomiernie wchłaniany przez skórę i błonę pochwy przy wcieraniu maści, zawierającej hormon w postaci benzoesanu follikuliny, wywołując ruję i wszystkie odczyny swoiste, jakie otrzymuje się przy podskórnym podaniu. Zondek zastosował wcieranie maści hormonalnej w przypadkach świądu sromu. Dawka hormonu zależy od rozpuszczalnika. Rozpuszczalniki organiczne jak benzol, eter i alkohol wsysają się całkowicie, stąd dawka hormonu stosowanego naskórnie jest tak samo skuteczna jak identyczna dawka wstrzyknięta podskórnie. *Zondek* stosuje roztwór hormonu w 96% alkoholu, który chora wciera w swędzące miejsce. *Zuerher* i inni podają follikulinę w maści w ilości 1000 — 2000 — 5000 j. szcz. na 1 gr. którą wciera się w przeciągu 10 minut w swędzące miejsce. Autorzy podają, że miejsce blado sinawej zanikłej skóry zajmuje dobrze ukrwiona tkanka o zdrowym wyglądzie, a badania histologicznie po leczeniu maścią fallikulinową wykazały 10-krotnie wyższą warstwę nabłonka oraz lepsze ukrwienie tkanki podnabłonkowej.

Przeciwwskazaniem do stosowania follikuliny są stany hyperfollikulinemii, objawiające się bolesnym obrzmieniem piersi, przejrzystą obfitą wydzieliną szyjki, oraz dysmenorrhoe membranacea. Przekroczenie dawki wywołuje często obfite krwawienie maciczne, zmiany zwyrodnienieniowe jajników, oraz poronienie.

Leczenie hormonami męskimi. Szereg autorów wypróbował hormony męskie w leczeniu świądu sromu, na skutek niepowodzenia w leczeniu innymi środkami. Stosują Androstinę, Testosteron i Propionat testosteronu domięśniowo i naskórnie. *Demarest* i *Captain* podawali Testosteron przy świądzie i klimaksie w ilości 5 — 10 mg. tygodniowo. Leczenie rozciąga się na szereg miesięcy. Inni podawają większe dawki testosteronu i łączą go z follikuliną. Propionat Testosteronu wchłania się powoli i ma działanie długotrwałe, co zbliża go do fizjologicznego działania hormonu. *Moore, Lamar, Beck* wykazali, że Testosteron działa lepiej naskórnie niż propionat Testosteronu i lepiej aniżeli przy wstrzykiwaniu podskórnym. Jak wytłomaczyć działanie hormonu męskiego? Do chwili obecnej niektóre ciekawe dane może przyczynią się do wyświetlenia tego działania. Okazuje się bowiem, że chemiczna budowa hormonów męskiego i żeńskiego wykazuje znaczne podobieństwo. Jeden hormon może powstać z drugiego. Z budowy hormonów płciowych wynika również ich pokrewieństwo ze sterolami rozpowszechnionymi w naturze, *Ruziczce* udało się otrzymać Androsteron. Fakty te nie tylko pozwalają na zrozu-



Nr rej. 2085

Nr rej. 2085

Postęp w leczeniu kiły!

Bizmutowy środek przeciwkiłowy.

MEDOBIS-Chinoin

(heptadienkarbonian bizmutu)

zawiera optymalną **dawkę pojedyńczą,** wynoszącą 0,045 g metalicznego bizmutu **w 0,5 cm³** lekko-płynnego, przezroczystego roztworu w oliwie.

Niewielka objętość wstrzykiwanego płynu, **zupełna bezbolesność wstrzykiwań,** mała toksyczność, energiczne działanie lecznicze. Nie brudzi!

Opakowania oryginalne:

pudełka po 10 ampułek à 0,7 cm³
flaszki po 25 cm³ (= 50 dawek)

CHINOIN S. A. Fabryka Przetworów Chem.-Farm. Ujpeszt koło Budapesztu

---

Zarejestrowane specyfiki farmaceutyczne „CHINOIN":

DEMALGON — Analgeticum
NOVURIT — Diureticum
SENSIBAMIN — Uterinum haemostypticum
NOVATROPIN — Spasmoliticum neurotrop
PERPARIN — „ myotrop

Generalne Przedstawicielstwo: BRESZEL i BRUZDA Warszawa, Pl. Małachowskiego 2.

mienie skuteczności hormonów męskich w świądzie sromu, ale też pozwolą na łatwą produkcję hormonów dla celów leczniczych.

Leczenie ogólne. a) *Dieta:* Należy uregulować czynność przewodu pokarmowego i walczyć z zaparciem. Zmiana diety zakwaszającej na alkaliczną często wywołuje polepszenie. Dlatego też stosuje się dietę owocowo-jarzynową. Należy zakazać alkohol, kawę, mocną herbatę, ostre potrawy, wędliny. W cukrzycy uregulować należy przede wszystkim dietę i zastosować w razie potrzeby insulinę. b) Ponieważ bardzo często schorzenie jest następstwem zmniejszenia ogólnej odporności ustroju, należy obok leczenia miejscowego zalecić leczenie ogólne *wzmacniające* przez podanie fosforu, arsenu i żelaza. c) zaleca się przebywanie na świeżym powietrzu, zmianę *klimatu,* gimnastykę, sporty. Leczenie zdrojowiskowe (kąpiele borowinowe, solanki itd.) nie tylko wpływają na zaburzenia miejscowe ale też poprawiają znacznie ogólny stan chorych. d) Należy bezwzględnie zwrócić uwagę na *higienę* życia płciowego, jeżeli chora znajduje się jeszcze w okresie przedklimakterycznym. Abstynencja jest szczególnie wskazana. e) *Leki:* przede wszystkim podaje się *wapń.* Przy zapaleniu pochwy i upławach, istniejąca wzmożona przepuszczalność ścian pochwy jest przyczyną przedostania się zasadowej surowicy i przez to rozmnażania się chorobotwórczych bakterii. Otóż wapń uszczelnia komórki ścian pochwy, zmniejsza przepuszczalność nabłonka, wzmaga siły obronne leukocytów, reguluje napięcie wegetatywnego układu nerwowego. Jako środek przeciwzapalny i przeciwwysiękowy jest wapń szeroko stosowany w schorzeniach narządów rodnych, a jako środek nerwowo-wegetatywny w świądzie sromu, podaje się calcium gluconatum domięśniowo lub dożylnie 10% — 10 cc.

Inne metody leczenia.

W przypadkach o niejasnej etiologii i opornych na leczenie wyżej opisanymi metodami stosuje się szereg innych metod.

Insulina: opierając się na spostrzeżeniach wykazujących ustąpienie świądu w cukrzycy pod wpływem stosowania insuliny, szereg autorów zaleciło podawanie insuliny w ilości od 5 do 10 j. dziennie w przypadkach świądu ogólnego i miejscowego u chorych, u których nie stwierdzono ani cukromoczu ani hyperglikemii. Większość autorów twierdzi jednakże, że u tych chorych występuje przecukrzenie skóry. Ilość wstrzyknięć jest indywidualna. Przypuszcza się, że insulina działa pobudzając ogólną przemianę materii. *Weil* niedawno zalecił wypróbowaną przez niego metodę *podskórnych wstrzykiwań miejscowych* insuliny w ilości $^1/_{10}$—$^8/_{10}$ cc. zawierającej 20 j. w 1 cc. Zaraz po wstrzyknięciu autor podaje cukier doustnie.

Histamina. Cain i inni próbowali w samoistnym uporczywym świądzie sromu *doskórne* wstrzykiwania Histaminy. Autorzy ci stosowali roz-

twór Histaminum bihydrochl. 0,5 mg na 1 cc. Po odkażeniu skóry alkoholem jodowym, wstrzykuje się małą ilość roztworu doskórnie w odległości kilku milimetrów od śluzówki. Podczas każdego posiedzenia wstrzykuje się w 3 — 6 miejscach. Posiedzenia odbywają się codziennie, aż do ustąpienia świądu. Wstrzykiwania są bardzo bolesne. Po wstrzyknięciu występuje bąbel.

Alkohol. Opierając się na pracach *Stone'a* który w r. 1916 leczył świąd odbytu wstrzykiwaniami alkoholu. *Wilson* w r. 1926 zaczął stosować tę metodę w leczeniu świądu sromu. Materiał autora obejmuje te przypadki, w których nie zdołano wykryć przyczyn schorzenia i które nie reagowały na żadne leczenie. Wiek chorych przekraczał 45 lat. Alkohol 95% w ilości 2 cc. wstrzykuje się zwykłą podskórną igłą. Igłę kieruje się poprzez skórę prostopadle do niej i odpowiednią ilość płynu wypuszcza się do tkanki łącznej, leżącej bezpośrednio pod naskórkiem. Należy unikać wstrzykiwania do samej skóry lub zbyt głęboko. Przy każdym wkłuciu wpuszcza się 0,12 — 0,24 cc.

W warunkach sprzyjających można wstrzykiwać każdorazowo 0,24 cc. w odstępach co 1 cm^2. Bezpośrednio po zakończeniu zabiegu wargi duże sromu obrzmiewają. Obrzęk osiąga swe nasilenie po 4 — 12 — 24 godzinach, poczym zaczyna stopniowo się zmniejszać, by po 3 — 10 dniach zupełnie zniknąć. Swędzenie zwykle ustępuje niezwłocznie. Po zabiegu występuje często lekkie odrętwienie. Chore powinny leżyć w łóżku przez 2 — 3 dni. Wyniki są różne. W niektórych przypadkach swędzenie znika zupełnie, w innych zmniejsza się znacznie.

Winian ergotaminy. U pacjentek cierpiących na świąd sromu z wybitnymi zaburzeniami wegetatywnymi *Kumrach* i *Klaften* leczyli stosownie do przypadku, winianem ergotaminy podając w kroplach 2 — 3 razy dziennie po 15 kropel lub ½ do 1 pastylki dziennie ew. w zastrzykach ½ mg. w 1 cm^3. Często follikulina, która przetem nie działała, po przestrojeniu wegetatywnego układu nerwowego, stawała się znowu czynną.

Miód pszczelny. U kobiety z męczącym starczym świądem sromu, u której wypróbowano wszystkie środki, *Honhof* zalecił *miód pszczelny*. Chora co wieczór przez kilka tygodni smarowała srom czystym miodem. Już po kilku dniach swędzenie stało się słabsze, a w końcu ustąpiło zupełnie. Metodę tą stosował autor i u innych chorych również z dobrym skutkiem.

Promienie Roentgena.

Promienie Roentgena odgrywają ważną rolę w lecznictwie dermatologicznym a szczególnie w terapii świądu sromu. Ponieważ do naświetlań używa się promieni lekkich najsilniej pochłanianych przez skórę, przeto nawet małe dawki oddzielone od siebie długimi przeciągami cza-

su mogą wskutek sumowania się wywołać poważne uszkodzenia skóry i śluzówki. (Lehman i Jones). Z tego względu wskazania do naświetlania winny być stawiane przez doświadczonych dermatologów a wykonane przez specjalistów. Poglądy na skuteczność leczenia świądu sromu promieniami Roentgena są rozbieżne. Szereg autorów uważa naświetlanie Roentgenem za metodę z wyboru, inni nietylko nie wierzą w skuteczność ale nawet odrzucają tę metodę.

Rad. Degrais et Bellot opisują wyniki 121 przypadków świądu sromu i odbytu leczonych rurkami radu. Autorzy używają tylko promieni beta. Napromienianie trwa od kilku minut do 4 godzin w zależności od przypadku. Inni zaprzeczają wartości tej metody. *O,Donnovan* stosuje igły wypełnione *emanacją* radu, które wprowadza na 24 do 48 godzin pod skórę sromu.

Zabiegi chirurgiczne. 1-o. *Nakłucie lędźwiowe.* Wypuszcza się 15 — 20 cm płynu mózgowordzeniowego, 2-o. *Nacieczenie nowokainowe.* Wartość leczenia 1% infiltracji nowokainowej Lericha polega na szybkiej zmianie warunków krążenia. Nowokaina rozszerza naczynia przez to, że znosi działanie naczyniozwężające nerwów współczulnych. Nowokainę wstrzykuje się do zwoju współczulnego lub rdzeniowego. Można ją też wstrzykiwać miejscowo, wywołując tylko zablokowanie zakończeń czuciowych i zahamowanie przez to bodźców, wywołujących normalnie w drodze odruchowej zwężenie naczyń. Działanie nowokainy trwa najwyżej godzinę. 3-o. *Operacja Cotte'a.* W przypadkach wtórnego świądu sromu na tle schorzeń narządów miednicy małej trzeba czasem uciec się do zabiegu operacyjnego (wycięcie jajników i macicy), gdyż usunięcie podłoża bolesnego usuwa też i świąd. Jednak zabiegi te należy wykonać tylko wtedy, jeżeli się jest zupełnie pewnym tego pochodzenia świądu. Inaczej są nawroty. W przypadkach zaś samoistnego świądu sromu, zabieg operacyjny po wyczerpaniu wszystkich innych środków jest konieczny. Czasami należy częściowo lub całkowicie wyciąć srom, szczególnie u kobiet starych, nie żyjących już życiem płciowym.

Dr A. BOCZKO.

LECZENIE HORMONALNE CHORÓB SERCA I NACZYŃ ORAZ ZABURZEŃ KRĄŻENIOWYCH NA TLE WEWNĄTRZWYDZIELNICZYM.

Niedomoga serca.

W niewydolności prawo i lewokomorowej wypróbowano leczenie *insuliną.* Bodźcem do tej metody leczenia były badania doświadczalne i kliniczne *Loepera, Vaqueza, Kisthiniosa, Gomeza, Bickela* nad rolą cukru w czynności serca i nad działaniem insuliny na mięsień sercowy. Już *Miller* wykazał w r. 1903 znaczenie cukru dla normalnie pracującego

serca. Prace zaś następnych lat przyczyniły się do stosowania glukozy w niedomodze krążenia.

Co do insuliny to mimo, że doświadczenia *Henburga, Lachforda Starlinga, Knowltona, Irwina, Page'a* i innych wykazały, że insulina rozkłada cukier mięśniowy, niszczy go lub syntetyzuje w inne jakieś ciało, wywołując częstoskurcz, hipotonię i osłabienie serca, to jednak wyżej wspomniani autorzy francuscy zaczęli stosować insulinę razem z glukozą w schorzeniach serca, opierając się na tym, że insulina przyczynia się do odkładania w mięśniach glikogenu, potrzebne do normalnego kurczenia się tkanki mięśniowej. Dalsze jednak obserwacje kliniczne oraz badania nad cukrzycą, wykazały, że rozumowanie to było błędne. Uszkodzone serce w stanie niedomogi źle reaguje na insulinę i obecnie nie stosuje się już insuliny w tych schorzeniach.

Dusznica bolesna.

Między różnymi przyczynami powstawania bólu w dusznicy bolesnej — ważną rolę przypisuje się skurczowi *naczyń wieńcowych.* Stosuje się w tych przypadkach wszystkie możliwe środki przeciw bólom i przeciwskurczowe, często z miernym skutkiem. Do środków rozszerzających naczynia wieńcowe i usuwających skurcz — należą t. zw. *hormony sercowe* — hormony krążeniowe, czyli narządowo-tkankowe. Są to związki ustrojowe którym przypisywano wpływ *kardiotoniczny.*

W rzeczywistości ciała te *rozszerzają* naczynia wieńcowe, usuwają ich skurcz oraz *obniżają* ciśnienie — stąd nazwa ciał *wazodepresyjnych.* (Dale). Hormony krążeniowe są to właściwie *wyciągi* przeważnie z mięśni serca i szkieletu i czasami z trzustki.

Wszystkie te wyciągi zawierają kwas *adenilowy.*

Jest rzeczą charakterystyczną, że mimo krytycznego ustosunkowania się lekarzy do hormonów krążeniowych — stwierdza się w klinice bardzo często po ich stosowaniu znaczną poprawę w stanie chorego. Dlatego też jest rzeczą wskazaną zalecanie tych preparatów:

Do nich należą w kraju:

1) *Cardiogen* — ampułki domięśniowe lub 3 dz. po 20 — 30 kropel.
2) *Kridjosan* — po 10 — 20 kropel 3 razy dz.
3) *Adenoton* — drażetki i ampułki.
   Myostriatol — krople i ampułki.
4) *Angioxyl* — ampułki i syrop.
5) *Padutina* — ampułki i krople.
6) *Acetylcholina:* — ampułki do stosowania domięśniowego. — Działanie jest wybitnie hypotensyjne i przeciwskurczowe (pobudza nerw błędny).
   Acecolin-solutio — ampułki domięśniowe i Hypotan (tabletki).
7) *Vagotanina*

Szereg autorów, opierając się na fakcie, że ciała powstające w mięśniach podczas pracy, wywierają bardzo silne działanie rozszerzające naczynia, wykorzystali tę właściwość, lecząc własną krwią chorych cierpiących na ciężką i średnio ciężką postać dławicy piersiowej, pobierając z żyły 20 cm^3 krwi i wstrzykując ją domięśniowo 2 — 3 razy tygodniowo. *Wychssmuth* pisze, że w 80% przypadków miał poprawę wyrażającą się w zupełnym ustąpieniu dolegliwości. Leczenie trwa 4 — 6 tygodni. Wspomnijmy nawiasem, że niektórzy badacze, uważając, że w wyciągach mięśniowych znajduje się histidina, zastosowali 4% histidinę w dławicy piersiowej. Wyniki miały być dobre.

Leins — Forrer leczy dusznicę bolesną specjalnym wyciągiem wątrobowym, rozszerzającym naczynia wieńcowe, zwanym Reflaxem. Wyciąg zawiera w 1 cm — 1 mg czynnika rozszerzającego naczynia włosowate. Podaje się *dożylnie.* Wreszcie *Leroy,* opierając się na tym, że w tężyczce występują objawy dusznicy bolesnej — podaje hormon przytarczyczek.

W zawale sierdzia — Mouquin — Bickel stosuje w małych dawkach acetylcholinę w celu rozszerzania naczyń wieńcowych. Jednak autorzy ci zalecają tu daleko idącą ostrożność. Zgodnie z badaniami *Felixa* i *Tochowicza* z kliniki krakowskiej, którzy wykazali ujemny wpływ acetylcholiny na mięsień sercowy, stosowanie tego preparatu w zawale mięśnia sercowego jest przeciwwskazane.

Nadciśnienie tętnicze:

Na powstanie nadciśnienia samoistnego składają się często nieznane jeszcze przyczyny. Dużą rolę w etiologii odgrywają układy wegetatywnonerwowy — wewnątrzwydzielniczy — układ humoralny, zatrucia i t. d.

Bardzo modna jest obecnie teoria pochodzenia wewnątrzwydzielniczego, nawiasem mówiąc — bardzo zawiła. *(Jores, Kylin, Curshman, Cushing, Berrlinger).* Na zasadzie tej teorii, opartej na obserwacjach nadciśnienie samoistne wynika z przerostu utkania zasadochłonnego przysadki i kory nadnerczy. Badania te wymagają jeszcze dowodów doświadczalnych i klinicznych. Gdyby te teorie okazały się prawdziwe, to jedynym leczeniem byłoby albo wycięcie guzów, albo naświetlanie promieniami X. *Jores* podaje w *nadciśnieniu* follikulinę, która ma na celu zobojętnienie nadmiernego wydzielania przysadki. W chwili obecnej stosuje się w nadciśnieniu ze zmiennym powodzeniem *hormony krążeniowe* wyżej wymienione, mające tutaj duże pole do *obniżenia* ciśnienia i rozszerzenia naczyń.

Blanchet podaje *hormon przytarczyczny* w nadciśnieniu samoistnym, stałym i napadowym, odpornym na wszelkie leczenie. Założenia teoretyczne tej metody leczniczej są następujące: hormon przytarczyczny jest antagonistą adrenaliny: działanie jego przy tężyczce polega na zwolnieniu skórczu mięśni, tak samo winien więc oddziaływać na mięśniówkę gła-

dką włośniczek: antogonizm między hormonem przytarczycznym a adrenaliną objawia się wyraźnie w stosunku do pokrzywki i dychawicy oskrzelowej. Według obserwacji autora, hormon przytarczyczny wzmaga natężenie objawów chorobowych, a wstrzyknięty razem z adrenaliną znosi jej działanie. Z teoretycznego punktu widzenia jest więc zastosowanie hormonu przytarczycznego w nadciśnieniu samoistnym uzasadnione. Hormon przytarczyczny podawał autor doustnie, doodbytniczo i pozajelitowo. Po tygodniowym podaniu 20 jednostek dziennie doustnie lub 10 jednostek pozajelitowo, następował spadek ciśnienia o 20 mm Hg, wprowadzony podskórnie działał hormon przytarczyczny jeszcze szybciej, niekiedy już w 2 godziny po wstrzyknięciu 20 jednostek obniżało się ciśnienie o 20 mm Hg. Dawkowanie i czas leczenia są ściśle indywidualne.

O *nadciśnieniu* w przekwicie męskim i w okresie przekwitania u kobiet mówimy niżej:

Miażdżyca tętnic.

Podłożem miażdżycy tętnic są zaburzenia w *przemianie lipoidowej* i związane z tym odkładanie się *cholesteryny* w dotychczas niezmienionej błonie wewnętrznej tętnic. Zaburzenia w przemianie lipoidowej są najczęściej pochodzenia konstytucjonalnego. Istnieje u tych osobników *wrodzona skłonność* do tych zaburzeń o podłożu jeszcze nieznanym, ale najprawdopodobniej hormonalnym, wszystkie bowiem gruczoły dokrewne wywołują miażdżycę tętnic.

Stany *podtarczyczności* już w młodym wieku przyczyniają się do hipercholesterynemii i do miażdżycy, to też *Frydland* podaje chorym na miażdżycę tętnic *Tyroksynę* w tabletkach lub zastrzykach domięśniowych.

Cukrzyca sprzyja wybitnie rozwinięciu się hypercholesterynemii i miażdżycy. Miażdżyca tętnic wieńcowych może wywołać zakrzepy (zawał sierdzia), miażdżyca zaś kończyn dolnych prowadzi do zgorzeli. Leczenie insuliną tych uszkodzeń układu krążenia może wywołać pogorszenie stanu całego układu sercowo-naczyniowego.

Nadczynność kory nadnerczy i przysadki (choroba Cushinga) też prowadzi do cholesterynemii i miażdżycy. Leczenie tych stanów jest chirurgiczne.

Niedomoga *jajników* prowadzi do miażdżycy. Podawanie wyciągów z jąder lub foliikuliny może czasowo zahamować dalszy rozwój miażdżycy. Do miażdżycy dołącza się często nadciśnienie. Z powyższego wynika, że miażdżyca z małymi wyjątkami nie może być leczona hormonami, gdyż najczęściej jest ona wywołana jednocześnie zaburzeniami wielogruczołowymi o cechach bądź wzmożonej, bądź obniżonej wydolności

Zarostowe zapalenie tętnic (endarteritis obliterans) — *zakrzepowe zapalenie tętnic* (thromboangitis obliterans — choroba Buergera).

W tych schorzeniach stosuje się przede wszystkim *hormony krążeniowe* z acekoliną na czele. Niektórzy podają *insulinę,* inni *histidinę. Leroy* podaje hormon przytarczyczny podskórnie co drugi dzień w ilości 0,5 cm — 10 j. *Gosbe* i szereg innych autorów stosują *follikulinę.* Koncepcja leczenia tych zaburzeń krążeniowych hormonem pęcherzykowym wyszła ze spostrzeżenia, że choroba Buergera występuje prawie wyłącznie u mężczyzn. Z tego spostrzeżenia wysunięto wniosek, że hormony żeńskie chronią przed tym schorzeniem. Zastosowano więc folikulinę w tych dwóch schorzeniach, podaje się 1000 jedn. dziennie przez 3 tygodnie, kurację tę powtarza się co ½ roku. Pod wpływem tego leczenia ukrwienie kończyn poprawia się znacznie. Kończyna staje się cieplejsza, czucie wraca, tętno w tętnicy grzbietowej stopy i w tętnicy goleniowej tylnej staje się wyczuwalne, kurcze angiospastyczne i chromanie przestankowe ustępują. (Couvel). Większość autorów jest zdania, że follikulina działa tutaj, dzięki jej własnościom *rozszerzania* naczyń krwionośnych. *(Redish, Steinach, Roederer, Louvoy).*

Choroba Raynaud — Acrocyanoza.

Celem leczenia tych schorzeń jest rozszerzenie naczyń. Stosuje się a) wszystkie hormony krążeniowe, b) histidinę c) preparaty hormonalne np. Rp. Extr. sicc. thyreoid. 0,02, Extr. sicc. gl. supraren., Extr. sicc. hy-

pophysis,, Extr. sicc. ovaria. aà 0,05 lub gotowe preparaty wielogruczołowe.

Villaret — Justin Besançon — zwracają uwagę na konieczność podawania hormonów przedniego płata przysadki mózgowej, które podobno wpływają na regulację napięcia krążenia obwodowego w patogonezie akrocjanozy. Według *Renoira* ważną jest follikulina. Wreszcie inni chwalą szczególnie preparaty jądrowe.

Podciśnienie.

W podciśnieniu samoistnym (zespół Lian-Blondel) oraz w hypotensji wtórnej na tle chorób zakaźnych i zatruć dobrze działa wyciąg z kory nadnerczy stosowany w ilości 5, 10, 20 cm dożylnie, domięśniowo. Podciśnienie samoistne powstaje na tle nerwowo-dokrewno-humoralnym, a leczenie tych stanów jest w rzeczywistości trudne. Należy podawać również wszystkie wyciągi gruczołów dokrewnych. Z preparatów tych najważniejszymi są wyciągi przysadki i kory nadnerczy. *(Mitchel, Cushing, Kylin).*

Ciężka i gwałtowna niedomoga krążenia. (Zapaść naczyniowa). Obwodowe porażenie naczyń — spadek obwodowego napięcia naczyniowego na podłożu toksyczno-zakaźnym.

W tych stanach stosuje się *adrenalinę* — hormon substancji rdzeniowej nadnerczy. Adrenalina zwiększa częstość skurczów serca i wzmacnia jego siłę (środek kardiotoniczny), rozszerza naczynia wieńcowe, zwęża naczynia obwodowe, podnosi ciśnienie (środek obwodowy naczynio-tonizujący). Działa szybko, silnie ale krótko. Podaje się podskórnie 0,2, 0,3 mg. Czasami stosuje się wstrzykiwania dosercowe adrenaliny: w ostrej zapaści wydolnego serca podczas wstrząsu, przy nagłym zahamowaniu czynności serca, zatrzymaniu bicia komór w związku z wystąpieniem objawów bloku sercowego, w chorobie Adams-Stokesa, w zaburzeniach przewodnictwa, w bloku częściowym, w bradykardii.

Leczenie hormonalne zaburzeń krążeniowych o podłożu wewnątrzwydzielniczym. Hormony są ustrojowi bezwzględnie potrzebne do prawidłowego przebiegu procesu życiowego i fizjologicznego wykonania różnorodnych czynności narządów. Klinika i badania doświadczalne wykazują, że zaburzenia czynności układu krążenia, które są wynikiem bezpośredniego działania zmian w gruczołach dokrewnych, często wysuwają się na czoło obrazu chorobowego, przesłaniając tło wewnątrzwydzielnicze i pozorując w ten sposób samoistne schorzenie serca. Klasycznym przykładem tego jest choroba Basedowa, gdzie zaburzenia sercowo naczyniowe, jak przyspieszenie tętna i niemiarowość są pierwszymi objawami nadtarczyczności utajonej. W początkowych okresach tych zaburzeń krążenia dobrze działa *dijodotyrozyna* — hormon tarczycy o działaniu antagonistycznym do tyroksyny (de Quervin). Podaje się od 50 do 200 mg. dzien-

nie czyli od 0,5 do 2 — 3 tabletek. Preparat ten należy stosować tylko seriami dwutygodniowymi, przedzielonymi dwu, trzy tygodniowymi przerwami.

W r. 1929 *Blum* wyodrębnił z białka krwi składnik o własnościach hamujących działanie tyroksyny. Przetwór ten — *Thyronorman* podaje się 3 razy dziennie po 2 tabletki. Leczenie trwa od 4 — 6 tygodni. Wszystkie zaburzenia krążeniowe zdają się ustępować. We Francji stosuje się z powodzeniem Hematothyroidynę Carrion (krew zwierząt pozbawionych tarczycy). Antagonizm między tarczycą i jajnikami oraz korą nadnerczy nasunęły myśl stosowania w początkowych stanach zaburzeń układu krążenia na tle nadtarczyczności follikuliny po 100 — 1000 jedn. dziennie oraz wyciąg z kory nadnerczy domięśniowo w ilości 10 cm dziennie.

W niedomodze tarczycy zaburzenia w krążeniu (zwolnienie tętna, podciśnienie itd.) są leczone najlepiej suchym wyciągiem gruczołu (Glandul. Thyreoidea sicca). Stosuje się preparaty: Thyreoidea w postaci draoraz wyciągu z kory nadnerczy domięśniowo w ilości 10 cm dziennie.

Według szeregu autorów, miażdżycy tętnic i naczyń wieńcowych występujących w *cukrzycy* nie należy leczyć insuliną, która pogarsza stan chorobowy. Zaburzenia przemiany węglowodanowej jakie insulina wywołuje w chorym mięśniu są często przyczyną zejścia śmiertelnego.

W chorobie Addisona niedomoga kory nadnerczy jest bezpośrednią przyczyną hypotensji, która jest jednym z najgłówniejszych objawów te-

go schorzenia. To też wyciąg z nadnerczy podany dożylnie w ilości 10 — 20 cm dziennie jest jedynym środkiem podnoszącym ciśnienie u tych chorych. *Ruggieri* podaje, że podciśnienie w chorobie *Simmondsa* jest jednym z najważniejszych objawów tego schorzenia i znacznie wyprzedza występowanie objawów charłactwa. Podciśnienia tego nie można kłaść na karb ogólnego wyniszczenia ustroju, ale należy przyjąć, że niedomoga przysadki jest bezpośrednią przyczyną tego objawu. Podawanie wyciągów przedniego płata przysadki mózgowej poprawia znacznie stan chorego. Najlepiej działają całkowite wyciągi tego gruczołu w ilości 0,2, 0,3 dziennie. (Hypophysis pars anterior lub Hypophysis cerebri totale tabletki i zastrzyki).

W chorobie Simmondsa stwierdza się zanik wszystkich gruczołów dokrewnych, wobec czego należy podawać oprócz wyciągów z przysadki, preparaty wszystkich innych gruczołów dokrewnych.

Schellong, Heinemeier, Brandsburg, Eggleston, Barcer, obserwowali przypadki, w których występował znaczny spadek ciśnienia krwi i wzrost akcji serca przy zmianie pozycji leżącej na stojącą. Odpowiadała temu skłonność do omdleń przy wstawaniu oraz przy wysiłku fizycznym. Ciśnienie krwi spoczynkowe było normalne. Otóż wszystkie te przypadki wykazywały cechy obniżenia przemiany materii i charłactwa przysadkowego i wybitnie się poprawiały pod wpływem stosowania wyciągów przedniego płata przysadki mózgowej.

W okresie *przekwitania męskiego* niedoczynność gruczołów płciowych idzie często w parze z nadciśnieniem i innymi dolegliwościami sercowymi (Wenckebach, Parade). Podawanie hormonów płciowych męskich znacznie obniża ciśnienie u tych chorych. Podaje się całkowity wyciąg z jąder.

Preparaty te wpływają na ogólną przemianę materii, zmniejszają napięcie mięśnia sercowego, usuwają zaburzenia krążeniowe. Testosteron, hormon jądrowy wyodrębniony przez Laquera z jądra i uzyskany syntetycznie z cholesterolu przez Rużickę stosowany jest w nadciśnieniu nietylko u mężczyzn ale też i u kobiet w okresie przekwitania w ilości od 50 — 100 mg, dziennie domięśniowo (Demarest — Captain — Cassade). U kobiet dodaje się jeszcze follikulinę od 1000 — 5000 jedn. dziennie. Okazało się jednak, że czyste hormony działają gorzej niż wyciągi całkowite, gdyż nie zawierają tych czynników znanych pod nazwą ciał zanieczyszczających wyciągi, ale które są bardziej czynne od wyodrębnionych hormonów.

Bardzo wyraźny wpływ na układ krążenia wywiera *wypadnięcie czynności jajników u kobiet.*

Już normalny cykl miesiączkowy, ciąża i okres pokwitania przebiegają z zakłóceniem czynności układu sercowo-naczyniowego. W okresie *przekwitania* zaburzenia te są bardzo częste (bóle dusznicowe, bóle

FERMENTY MLEKOWE

Lactéol

du Dr BOUCARD

Nr. rej. 1478
Cena zł. 6.—

pudełka zawierają:
5 rurek po 9 tabl.

WSKAZANIA:

Nieżyty jelit ostre i przewlekłe — Nieżyty jelita grubego

Nieżyty żołądkowo-jelitowe noworodków i osesków

Samozatrucie — Czynnościowe zaburzenia wątroby i nerek

Zaburzenia jelitowe w przebiegu chorób zakaźnych (dur brzuszny, grypa, płonica, odra itp.)

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego

Angina—Zapalenie jamy ustnej i gardła

Dermatozy

DAWKOWANIE:

Dorośli: 6 — 9 tabl. dziennie
Dzieci: 3 — 6 tabl. dziennie

Lacteol

Wyłączne Przedstawicielstwo:

»E R G O S«, Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne
Warszawa, ulica Marszałkowska 62, telefon 8-88-66

głowy, uderzenia krwi do głowy, bicie serca, nadciśnienie). Te zaburzenia naczyniowe ustępują często ale nie zawsze pod wpływem follikuliny, która ma własności rozszerzające naczynia. Odnośnie nadciśnienia w okresie przekwitania stwierdza się, że follikulina wpływa tylko na nadciśnienie napadowe. W nadciśnieniu stałym hormon pęcherzykowy usuwa bóle serca i bóle głowy, ale nie wpływa na samo nadciśnienie.

Żeński hormon płciowy — follikulina stosuje się w bardzo dużych ilościach od 1000 do 10,000 jedn. dziennie. Dochodzi się do 200.000 jedn. na jedn. serię. Te duże dawki mogą zaszkodzić, gdyż follikulina działa hamująco na przysadkę, niedomoga zaś przedniego płata może wywołać niedoczynność wszystkich innych gruczołów. Z drugiej strony częstym zjawiskiem w okresie przekwitania jest nadtarczyczność, w tych przypadkach należy podawać follikulinę, która hamuje działanie tyroksyny. Stąd błędne koło. Dlatego obok oestriny podaje się jeszcze w nadtarczyczności dwujodotyrozynę. W rzeczywistości zaburzenia w okresie przekwitania są pochodzenia *wielogruczołowego,* tak że sama follikulina rzadko usuwa dolegliwości klimakteryczne. Leczenie tego okresu jest często niezmiernie trudne. W nadciśnieniu okresu przekwitania podaje się też *hormony krążeniowe* jak acetylcholinę, angioxyl itd. przy których ustępują bóle głowy i dolegliwości oczne. Niektórzy radzą podawać wyciągi *z jąder.* Czasami występuje w okresie przekwitania podtarczyczność. Leczenie całkowitym wyciągiem tarczycy jest wtedy konieczne.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

B. MINZ. *Rola witaminy B w regulacji humoralnej układu nerwowego.* (Presse Med. Nr. 76, r. 1938).

Podrażnienie nerwu pociąga za sobą uwalnianie się acetylcholiny na poziomie zakończeń nerwowych. Autor wykazał, że witamina B wzmaga działanie acetylcholiny. Wpływ jej nie polega na zahamowaniu działania esterazy. Witamina B gra rolę kofermentu acetylcholiny. Brak kofermentu tłumaczy nam objawy beri beri takie jak częstoskurcz, zanikanie odruchów, porażenia i t. d.

Podobne objawy spotykamy w chorobach gorączkowych jak zimnica, dur i t. d., jak również w chorobach przebiegających ze wzmożeniem przemiany materii. Wydaje się, że zespół ten zależy od czynników wzmagających zapotrzebowanie organizmu na witaminę B_1. Z czynników, które w szybki sposób zmieniają optimum równowagi między acetylcholiną a witaminą B należy wymienić komórki nowotworowe. Le-

czenie za pomocą acetylcholiny ma działanie przejściowe, wskutek tego, że acetylcholina zostaje bardzo szybko rozłożona przez esterazę, która znajduje się we krwi i tkankach. Ezeryna hamuje działanie tego enzymu. Witamina B nasila działanie acetylcholiny. Dlatego też jednoczesne stosowanie obu tych środków daje znacznie lepsze wyniki. Autor proponuje przygotowanie chorego przez podanie mu wzrastających dawek witaminy B, aż do osiągnięcia takiego poziomu w organizmie, któryby umożliwił trwałe i silne działanie acetylcholiny.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

O. I. WEISFELD. *Leczenie tężca.* (Sowietskij Wraczebnyj Żurnał, Nr. 12, 1938 r.).

Na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia, autor proponuje następujące postępowanie przy tężcu.

Lekarz ma 4 zadania do rozwiązania: 1) zobojętnienie jadów, 2) zwalczanie drgawek, 3) organizowanie prawidłowej opieki i 4) prawidłowe odżywianie chorego.

Zobojętnienie jadów jest zadaniem surowicy przeciwtężcowej, którą należy wprowadzać wcześnie. Autor poleca metodę złożonego podawania surowicy, a więc 20.000 do 50.000 jed. międz. dożylnie i tyleż podoponowo, w ciągu 1-ej doby nie więcej jednak niż 100.000 jed. międz. Podawanie większych dawek — kilku milionów, jak proponują autorzy amerykańscy — jest niecelowe, małe dawki (6.000 jedn.) bezskuteczne. Przed podaniem surowicy do kanału rdzeniowego należy wypuścić maksymalną ilość płynu (Speranski), celem stworzenia warunków dla ściślejszego kontaktu między tkanką mózgową a antytoksyną. Surowicę należy wstrzykiwać codziennie, względnie co drugi dzień, w zależności od ciężkości przebiegu. Leczenie takie należy prowadzić długo, aż wyraźnie ustąpią objawy chorobowe, nie należy przy tym obawiać się wprowadzenia zbyt wielkich ilości surowicy.

Im później zaczyna się leczenie, tym większe mają być dawki surowicy.

Drgawki zwalcza się narkotykami; w ciężkich przypadkach wskazana jest narkoza awertynowa.

Stosowanie uśpienia chloroformem lub eterem jest błędne. Chorzy na tężec trudno ulegają uśpieniu i źle je znoszą (opisano także przypadki z zejściem śmiertelnym).

Wskazane jest dokładne oczyszczenie rany. Proponują też zapobiegawcze wlewanie tlenu do rany lub kanału postrzałowego, aby w ten sposób związać toksyny. Amputacja kończyny zranionej, nietylko nie usuwa tężca, lecz prowadzi do nasilenia objawów.

Poza tym autor radzi stosować zapobiegawczo surowicę: 1) we wszy-

stkich przypadkach operacyjnego leczenia procesów zapalnych na kończynach u rolników, 2) we wszystkich przypadkach oparzeń i zmiażdżenia, 3) przy usuwaniu ciał obcych i wycinaniu starych blizn i 4) nie tylko przy zranieniach zanieczyszczonych ziemią, nawozem i t. d., ale we wszystkich przypadkach zranienia.

Dr. B. Szalita.

:o:

Dr. FELIKS GROCHOWALSKI, (kierownik poradni i przychodni w Dublanach, pod Lwowem). *O stosowaniu Cardiazol-Chinin w położnictwie.*

Drażetki „Cardiazol-Chinin" wypróbowałem w przypadkach położniczych, posługując się nimi w celu wzmożenia bólów porodowych.

Na podstawie szeregu przypadków, mogę oświadczyć, że środek ten oddaje bardzo dobre usługi. U osób, których bóle porodowe są słabe i powodują, że poród nie postępuje, zwłaszcza w porodach trwających długo, Cardiazol-Chinina, podana 3 — 4 razy po 2 drażetki, w odstępach półgodzinnych, daje efekt silny i szybki. Bóle wzmagają się wybitnie, co pozwala często bez innych zabiegów ukończyć poród.

Możliwe, że szczęśliwe połączenie Cardiazolu jako środka orzeźwiającego i nasercowego z chininą, jest tego powodem.

Poza tym preparat jest dogodny w użyciu.

:o:

J. A. CHAVANY i A. PLACA. *Padaczka w guzach mózgu.* (Presse Med. Nr. 83, r. 1938).

Zespół padaczkowy może się rozwinąć w przebiegu guzów mózgu jako objaw początkowy, bądź też towarzyszyć rozwiniętemu już obrazowi wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Napady padaczkowe spotyka się w guzach mózgu mniej więcej w 15% przypadków. Mogą one ujawniać się w 3 postaciach: jako drgawki uogólnione, jako małe napady i jako napady Jacksonowskie. Cechą charakterystyczną napadów ogólnych

jest występująca z początkiem napadów utrata przytomności. Rzadko kiedy towarzyszy im niedowład. Napady padaczkowe mogą się nie powtórzyć nawet bez stosowania gardenalu. Pod wpływem gardenalu ustępują zaburzenia świadomości i drgawki, a ich miejsce zajmuje aura zmysłowa: węchowa, słuchowa i t. d., występująca jako objaw izolowany, lub też wiążąca się z ogólnym złym samopoczuciem. Kiedyindziej padaczka uogólniona przekształca się w padaczkę Jacksonowską i ta zmiana rodzaju napadów stanowi objaw, w szczególności w razie stwierdzenia aury zmysłowej, nakazującej myśleć o możliwości guza uciskającego płat skroniowy. O ile aura istnieje od początku, gardenal, znosząc utratę przytomności, nie wpływa na okres zwiastunów. Świadczy to o tym, że padaczka Jacksonowska, będąca objawem korowym, nie poddaje się wpływowi gardenalu — środka działającego podkorowo. Małe napady przypominają często synkope i zwykle nie zostają rozpoznane, o ile nie towarzyszą im duże napady. Napady Jacksonowskie — objaw korowy — są częstsze od napadów uogólnionych. Towarzyszy im aura, charakterystyczny rytm wstrząsów, przemieszczenie poszczególnych odcinków ciała, a przede wszystkim sposób ich rozprzestrzeniania się oraz fakt, że utrata przytomności nie jest nigdy objawem początkowym. Niedowład ruchowy lub czuciowy jest również typowy dla tego rodzaju napadów. Do napadów Jacksonowskich należy zaliczyć niektóre napadowe zaburzenia czucia, halucynacje wzrokowe, słuchowe i węchowe, napady przejściowej anartrii i pewne postacie niedowładów połowiczych, powstające nagle z utratą przytomności i ustępujące po 1 — 3 dni. Są to według Cl. Vincenta równoważniki padaczki Jacksonowskiej, a nie następstwa skurczu naczyń mózgowych, jak to się często uważa. Napady drgawek uogólnionych, stanowiąc często pierwszy objaw guza okolicy niemej, są przeważnie związane z guzami półkul. Występują one częściej w oponiakach niż w glejakach. Stwierdza się je również w guzach umiejscowionych w tylnej części komory III. Guzy te wywołują roszerzenie III komory i ucisk ośrodków położonych w sąsiedztwie ścian komory. Ten rodzaj napadów odpowiada t. z. w padaczce międzymózgowej Panfielda. W guzach tylnej jamy napady występują w późnym okresie, z chwilą wytworzenia się znacznego rozszerzenia komór. Małe napady występują najczęściej w guzach skroniowych. Napady Jacksonowskie są następstwem podrażnienia kory ruchowej. Nie koniecznie jednak miejsce podrażnienia odpowiada siedzibie zmian. Napad Jacksonowski ma znaczenie lokalizacyjne, o ile towarzyszy mu trwałe porażenie, zaburzenia mowy lub czucia. Aura ruchowa nie posiada znaczenia lokalizacyjnego. Większe pod tym względem znaczenie ma aura czuciowa. Napad Jacksonowski ruchowy nabiera dużego znaczenia rozpoznawczego o ile powtarza się często i stereotypowo bez objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i o ile nie towarzyszy mu porażenie. Przemawia to przeciw umiejscowieniu guza w okolicy ru-

chowej. W tych przypadkach może chodzić o guzy mniej lub bardziej oddalone od okolicy ruchowej. Napady zależą wówczas od rozciągnięcia komór. Brak napadów Jacksonowskich przemawia za umiejscowieniem głębokim guzów lecz ich obecność nie mówi o umiejscowieniu pozamózgowym. W guzach złośliwych pierwszym objawem przeważnie jest niedowład, napady Jacksonowskie są rzadkie. O ile występują, poprzedzają na 2 — 3 tygodnie niedowład. Niekiedy napady Jacksonowskie występują jako przejściowy niedowład połowiczy. W guzach dobrotliwych pierwszym objawem zajęcia dróg ruchowych są napady Jacksonowskie, występujące co 8 dni, powtarzające się stereotypowo. Okres niedowładu występuje późno. Istnieją jednak postacie przejściowe, gdzie napady poprzedzają lub towarzyszą stopniowo rozwijającemu się niedowładowi. Napady padaczkowe mają wartość rozpoznawczą jedynie u dorosłych. Nierzadko napady padaczkowe uogólnione poprzedzają na rok lub więcej inne objawy guza. Pritchard podkreśla, że we wszystkich przypadkach izolowanych napadów uogólnionych należy myśleć o guzie mózgu i robić wentrykulografię. Napady powtarzają się rzadko (co 6 — 8 miesięcy). W innych przypadkach małe napady występują niemal codziennie. Bardzo trudno jest różnicować z zapaleniem mózgu o przebiegu rzekomo guzowym. W tej postaci napady uogólnione są częste, a poszczególne napady różnią się od siebie. Niekiedy dopiero wentrykulografia pozwala na postawienie właściwego rozpoznania.

Dr. A. Gelbard.

——:o:——

W. WACHSMUTH i G. HEINRICH. (Z Oddziału Chirurgicznego Wojskowego Szpitala Okręgowego w Monachium. I. Lekarz Naczelny: lekarz sztabowy, Prof. dr. W. Wachsmuth). *Hipowitaminozy a zapalenie okostnej.* (Klinische Wochenschrift 1938, Nr. 8, str. 269).

Autor opisuje przypadek, w którym występuje symetrycznie proces zapalenia okostnej w obu kościach promieniowych i piszczelowych wskutek ciężkiej anginy płoniczej. Powodem schorzenia nie może być mechaniczne zwolnienie krążenia, wywołane fagocytozą, w postaci zastoju bak-

teryjnego lub skłonność do powyższego schorzenia silnie ukrwionych nasad kości w wieku rozwojowym. Wszystkie okoliczności przemawiają za istnieniem czynnika nadrzędnego, który ułatwia wystąpienie ogólnego zapalenia okostnej. Autor twierdzi, że przyczyną bywa niedobór witamin, wywołany niedostatecznym odżywianiem przez długi czas, co niewątpliwie zachodziło w wymienionym przypadku. Brak witamin prawdopodobnie narusza silnie równowagę szpiku kostnego w jego czynności jako biologicznego narządu obronnego. Z rozważań tych wynika, że istnieje nowa możliwość leczenia zapalenia okostnej poza zabiegiem operacyjnym; poza tym można przy chorobach zakaźnych, przez dowóz dostatecznej ilości witaminy C, zapobiegać przerzutom w szpiku kostnym. W opisanym przypadku zapalenia okostnej, uzyskał autor widoczną poprawę ogólną przez odżywianie bogate w witaminy i przez podawanie Cebionu.

Dr. Stanisław Domicz.

———:o:———

MAC, BROW i DOLCART. *Leczenie zachowawcze schorzeń woreczka żółciowego.* (S. G. Ob., v. 66 Nr. 1, 1938).

Przegląd krytyczny zachowawczego i chirurgicznego leczenia schorzeń woreczka żółciowego wykazuje, iż zarówno zachowawcze, jak i operacyjne metody w tej dziedzinie nie osiągają zadawalających wyników. Chirurdzy zwykle usuwają woreczek przy wszelkich jego zmianach. Zestawienie statystyczne ostatnich lat dowodzi, iż w ⅓ liczby przypadków wyniki operacyjne są niedostateczne. Podstawowe czynniki, które należy uwzględnić w leczeniu dróg żółciowych, są następujące: 1) zastój żółci, 2) zakażenie woreczka, 3) wybitne nasilenie zapalenia wątroby, 4) zapalenie okołoworeczkowe i zrosty, 5) towarzyszące zapalenie trzustki. Zwykle leczenie zachowawcze zmierza do spotęgowania wydzielania żółci; w tym celu stosuje się sól karlsbadzką; jednak ciągłe podawanie soli karlsbadzkiej wywołuje wzmożoną pobudliwość jelit i odruchowy skurcz odźwiernika. Drugim błędem w leczeniu zachowawczym jest ograniczenie pokarmów zawierających cholesterynę. Używanie pochodnych salicylowych lub leków w celu zwalczania zakażenia mija się z celem, gdyż rola zakażenia w schorzeniach woreczka żółciowego jest podrzędna. Współistnienie zapalenia wątroby stanowi raczej przeciwwskazanie do usunięcia woreczka żółciowego, ponieważ następowe rozszerzenie się przewodów żółciowych i zastój w nich nie będą sprzyjać zmniejszeniu się objawów zapalenia wątroby. Autorzy, wymieniają szereg przypadków, gdy wkroczenie operacyjne jest konieczne, ze względu na wskazania życiowe, lub gdy woreczek jest wypełniony i rozciągnięty przez kamienie. Jeżeli chodzi o zapalenie woreczka żółciowego bez kamicy lub o zapalenie trzustki i t. d., bardziej celowe jest stosowanie leczenia farmakologicznego. Śród operacyj, największym uznaniem cieszy się cholecystotomia. W tych

przypadkach, gdy podczas operacji stwierdza się przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego i zapalenie trzustki, należy utrzymywać drenowanie w ciągu 6 — 12 tygodni. W leczeniu zachowawczym uzyskano pomyślne wyniki przez podawanie mleka i śmietanki w odstępach jednogodzinnych. Dieta taka wywołuje wydatne skurcze woreczka. Nadto pomyślnie działają środki przeciwzapalne — przetwory belladonny, a to w celu obniżenia pobudliwości przewodu żołądkowo-jelitowego.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

Praca zbiorowa: Prof. HEUPKE, Prof. KELLER, Prof. CURSCHMAN, Prof. SCHALTENBRAND, Prof. SLAUK, Doc. REUTER. *Diagnoza różniczkowa i leczenie ischialgii i postrzału (lumbago).* (Medizinische Klinik Nr. 2 i 3 1939).

Pierwszy z autorów podaje, jako najważniejsze momenty, różniczkowe inne umiejscowienie bólów, odmienne wstawanie chorych z ischialgią i postrzałem (skolioza i opieranie się na zdrowej nodze u pierwszych, pochylenie ku przodowi i opieranie się rękami o uda, podobnie jak przy dystrophii u drugich), wreszcie objaw Lassegua i jego modyfikacje przy ischialgii; autor wylicza następnie cały szereg schorzeń, które muszą być uwzględniane przy różnicowaniu objawów postrzału lub ischialgii. Terapeutycznie poleca zarówno w jednym jak i w drugim przypadku stosowanie piramidonu w dawkach po 0,3 trzy do siedmiu razy dziennie zwiększając o jedną tabletkę, następnie dwa dni przerwy i powtórzenie kuracji. Autor stosuje tę metodę w świeżych przypadkach i jako początek leczenia w przypadkach zastarzałych. Ze środków do wcierania poleca olejek chloroformowy i analgit, w bardzo ciężkich przypadkach chronicznego ischiasu (o ischiasie mówi autor wtedy, gdy są już objawy zapalenia nerwu, jak różnica w odruchach Achillesa, zaburzenia czucia) widział poprawy przy stosowania plastra kantarydowego, który w pasmach długości 10 ctm, szerokości 2 ctm, był nakładany po natłuszczeniu skóry wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego na przeciąg 8 — 12 godzin. Leczenie to jest bolesne i wymaga jednoczesnego podawania choremu środków uśmierzających

jak veramon i t. p. Leczenie fizykalne odgrywa dużą rolę, przy czym przy lumbago autor poleca stosowanie odrazu gorącego powietrza, albo prysznicu parowego z masażem, zaś przy ischialgii należy na początku ograniczyć się do łagodnego ciepła, jak poduszki ogrzewające, woreczki z piaskiem i t. p. i dopiero później stosować wszelkie inne metody fizykalne jak diatermia krótkofalowa, iontophoreza histaminowa, kąpiele, masaże i t. p. Wreszcie autor zaleca dietę surówkową ew. bezsolną przez pewien czas, szczególnie u ludzi dobrze odżywionych. Inni autorzy uzupełniają rozpoznanie obu schorzeń ze szczególnym uwzględnieniem ischiasu i wypowiadają się co do skuteczności różnych metod terapeutycznych. Polecają iontophorezę histaminową, naświetlania promieniami Roentgena, epiduralne zastrzyki 0,5% novocainy w ilości 20 do 50 ctm., które mogą być powtórzone po 3 — 7 dniach, lub też zastrzyki novocainy 1½%, ew. 40 — 60 ccm hypotonicznego roztworu soli lub cukru z dodatkiem 0,02 Eucainy epiduralnie do hiatus sacralis, w przypadkach uporczywych także terapię bodźcową pyriferem lub Vaccineuriną.

Wszyscy autorzy podkreślają zasadnicze znaczenie spokoju (leżenie w łóżku) i ciepła (unikanie przeciągów, wełniana bielizna), u chorych z ischialgią. Prawie wszyscy autorzy uważają leczenie ischialgii i ischiasu witaminą B_1 za niedające wyraźniejszych rezultatów, jedynie czasami witamina B_1 wpływa być może na złagodzenie bólów. Wreszcie ważnym jest usunięcie wszelkich źródeł możliwej infekcji w zębach, migdałkach i zatokach. Autorzy wypowiadają się przeciw zastrzykom do nerwu, jak również naogół przeciw chirurgicznemu rozciąganiu nerwu.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

Dr. KAZIMIERZ CHOLEWIUS (st. asyst. Kliniki Dermatologicznej U. J. P.). *Wartość lecznicza „Medobis“ Chinoin.* (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 6, 1937).

W Klinice Dermatologicznej U. J. Piłsudskiego w Warszawie prowadziliśmy badania własności leczniczych preparatu bizmutowego „Medobis“, wyprodukowanego przez firmę Chinoin — Ujpest.

„Medobis“ jest jasno-żółtym, rzadkim, dobrym do wstrzykiwania płynem, przechodzącym łatwo przez igły, o zawartości 0,09 metalicznego bizmutu w 1 cm^3. Jest to stężenie bardzo duże.

Leczenie preparatem „Medobis“ staraliśmy się przeprowadzić we wszystkich okresach kiły, o ile tylko na to pozwalał nasz materiał.

W kile pierwszego okresu stwierdziliśmy dość szybkie znikanie krętków z surowicy nacieku pierwotnego — czas ten wynosił około 6 dni, a chorzy w tym czasie otrzymywali 2 wstrzyknięcia „Medobis“ po 0,5 cm^3. Naciek pierwotny wsysał się po 4 — 7 wstrzykiwaniach.

Odczyny ujemne u tych chorych pozostały nadal ujemnymi.

W kile objawowej drugiego okresu, gdzie przeprowadziliśmy badania dziesięciu chorych, osutka ustępowała dość szybko. W jednym tylko przypadku pomimo 10 wstrzykiwań po 0,5 cm^3 „Medobis" osutka nie ustępowała i dopiero po zastosowaniu nowarsenobenzolu szybko się cofnęła.

Odczyn Wassermanna po przeprowadzonym leczeniu tylko preparatem „Medobis" zniknął całkowicie w jednym przypadku, w innych zmienił nasilenie (5 przypadków), w części pozostał bez zmian (4 przypadki).

U chorych z kiłą drugiego okresu zastosowaliśmy leczenie mieszane nowarsenobenzolem firmy Spiess i preparatem „Medobis", podając 1 raz tygodniowo nowarsenobenzol w dawkach wzrastających oraz „Medobis" 2 razy tygodniowo po 0,5 cm^3, czyli po 0,045 g metalicznego bizmutu.

U wszystkich tych chorych obserwowaliśmy szybkie ustępowanie osutki kiłowej i zmianę odczynów serologicznych dodatnich na ujemne. Przeciętny czas znikania osutki wynosił 2 tygodnie.

Poza tym zastosowaliśmy leczenie preparatem „Medobis" u chorego z kiłą trzeciego okresu surowiczo-dodatnią.

Chory ten miał kilka wrzodziejących kilaków goleni. Pod wpływem leczenia nastąpiło powolne zabliźnienie owrzodzeń, chory pod koniec leczenia otrzymał również nowarsenobenzol (0,3 $\times$ 2). Odczyn Wassermanna u tego chorego pozostał bez zmiany.

Spośród powikłań leczenia bizmutowego widzieliśmy u 3 chorych białko i wałeczki w moczu, które to objawy wystąpiły po 10 — 14 wstrzyknięciu preparatu „Medobis" — po zaprzestaniu wstrzykiwań bizmutu białkomocz i elementy komórkowe cofnęły się.

Tak częste zapalenie dziąseł w naszych obserwacjach miało miejsce tylko raz jeden i to u chorego dość niehigiecznie utrzymującego jamę ustną.

Powikłań w miejscu wstrzyknięcia preparatu ani żadnych dolegliwości przy lub po wstrzyknięciu nie obserwowaliśmy.

Reasumując nasze obserwacje, przeprowadzone na materiale klinicznym i ambulatoryjnym, dochodzimy do wniosku, że „Medobis" Chinoin jest preparatem bizmutowym o wysokiej zawartości procentowej bizmutu, wskutek czego może być wprowadzany w dawkach małych, co nie jest rzeczą obojętną dla chorego; że „Medobis" jest dobrze znoszony przez organizm chorego, dając mało powikłań; że powoduje szybkie znikanie objawów chorobowych, słabo wpływając na zmianę odczynu serologicznego; że „Medobis" jest dobrym środkiem przeciwkiłowym tak sam przez się, jak i w połączeniu z nowarsenobenzolem.

———:o:———

HENRI SCHAEFER. *Leczenie migreny winianem ergotaminy.* (La Presse Medicale, Nr. 4, 1939 r.).

Wprowadzenie winianu ergotaminy do leczenia migreny ma nie tylko znaczenie praktyczne, ale także teoretyczne ze względu na to, że może przyczynić się do wyświetlenia fizjopatologii napadu migreny.

Tzanek zastosował ginergen, opierając się na koncepcji Dubois-Reymond'a, według której napad migreny jest skutkiem skurczu naczyniowego na terenie odgałęzień tętnicy szyjnej zewnętrznej, połączonego z podrażnieniem nerwu sympatycznego. Autor ten zastosował winian ergotaminy w 101 przypadkach, wśtód których było 44 przypadki prawdziwej migreny i 57 przypadków t. zw. stanu migrenicznego. Wyniki dobre uzyskano w drugiej grupie, podczas gdy w prawdziwej migrenie wyleczenie należało do rzadkich. W niektórych przypadkach napady ustały na kilka miesięcy. Tzanek zauważył, że lek ten wywołuje pewne przyzwyczajenie i zachodzi konieczność podwyższenia dawki. Tzanek podawał do 4 — 5 mg. dziennie doustnie.

Autorzy amerykańscy otrzymali znacznie lepsze wyniki. Lennox i Storch zastosowali w 120 przypadkach typowej rodzinnej migreny ginergen W przypadkach tych żadne inne środki nie dały efektu, podczas gdy ginergen dał bardzo zadawalające wyniki. W 109 przypadkach (na 120) podano ginergen dożylnie, domięśniowo i podskórnie. W 90% przypadków napad natychmiast ustępował, w 4% lek nie wywarł żadnego efektu, a w 2% bóle głowy nasiliły się. Autorzy ci nie zauważyli przy tym przyzwyczajania się leku. Poza tym nie spostrzegli wyraźniejszego wpływu na częstość występowania napadów migreny.

O,Sullivan po wypróbowaniu rozmaitych środków dochodzi do wniosku, że żaden z nich nie daje tak stałych wyników jak winian ergotaminy.

Wyniki uzyskane przez autorów amerykańskich są na ogół zgodne, oparte na dużym materiale i dlatego można się na tych wynikach opierać; z zestawień ich wynika, że winian ergotaminy zawodzi tylko w 10% przypadków.

Autorzy amerykańscy najchętniej wprowadzają ginergen parenteralnie, ale można także podawać doustnie, w czopkach, albo też drogą nosową.

Lennox najchętniej podaje dożylnie dlatego, że jest sposób bezbolesny i działanie jest bardzo szybkie, wywołać jednak można tą drogą szereg przykrych objawów, o których będzie mowa niżej. Dlatego też O'Sullivan podaje najczęściej ginergen podskórnie.

Co się tyczy dawki minimalnej pozostaje ona w pewnym stosunku do intensywności napadów, poza tym zależy też od chwili, w której środek ten jest podawany. Na początku napadu wystarczy mniejsza dawka, na szczycie napadu, kiedy chory jest w prostracji, ma nudności i wymiotuje, O'Sullivan zaczyna od ¼ mg. Jeżeli napad ustępuje w ciągu 2-ch

godzin, uważa tę dawkę za wystarczającą i taką samą podaje później. W przeciwnym razie podaje 0,5 lub 0,75 mg, sądzi jednak, że dawka wyższa niż 0,5 mg jest rzadko korzystna.

Dawki, przy doustnym podawaniu, muszą być odpowiednio większe, przy czym O,Sullivan radzi podawać odrazu więskzą dawkę np. 5 mg. Lennox uważa, że doustna dawka ma wynosić 9 — 10 mg, jest to odpowiednio duża dawka, ale badania doświadczalne wykazują, że tylko 30% leku ulega wchłonieniu. Efekt doustnego podawania jest niestały, działanie występuje po upływie 1 — 8 godzin.

Przy leczeniu ginergenem mogą wystąpić przykre objawy, jak nasilenie wymiotów i nudności, uczucie ogólnego osłabienia, bóle mięśniowe, parestezje, bóle stenokardialne, palenie i drętwienie palców i kończyn i t. p. Objawy niektóre można usunąć przez wstrzyknięcie 0,5 mg atropiny. Autorzy amerykańscy nie zanotowali jednak ani jednego przypadku ergotismu przewlekłego lub ostrego nawet w przebiegu długotrwałego leczenia migreny ergotaminą.

Przeciwwskazania są bardzo nieliczne. Należy z wielką ostrożnością stosować ginergen u osobników dotkniętych schorzeniem naczyń, niektórzy nakazują też wielką ostrożność w okresie ciąży.

W bólach głowy nie „migrenowych“ winian ergotaminy działa wątpliwie i niestale.

Mechanizm działania ginergenu jest dotychczas nieznany i zdaniem autora tak samo złożony i niejasny jak fizjopatologia napadu migreny. Ergotamina wpływa na zaburzenia naczynio-ruchowe prawdopodobnie przez wywołanie skurczu naczyń.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

CL. BECLERE i E. FRANCOIS. *Bezpłodność jest przede wszystkim następstwem przewlekłego rzeżączkowego zakażenia narządów płciowych.* (Presse Med. N. 83 r. 1938).

¾ bezpłodności u kobiet jest następstwem zupełnego lub częściowego zamknięcia trąbki Fallopiusza. ¾ trwałych bezpłodności towarzyszą objawy przewlekłego zakażenia narządów płciowych. Gonoreakcja w trwałej bezpłodności jest w 35 — 60% przypadków dodatnia. Hysterosalpingografia, przeprowadzona u kobiet bezpłodnych, wykazuje w większości przypadków albo całkowitą niedrożność jajowodów (45%), lub też upośledzone ich wypełnianie się. Często udaje się wykryć hydrosalpinx, niedający klinicznie żadnych objawów. Upośledzone wypełnienie się jajowodów przy salpingografii przemawia za ich upośledzoną czynnością. Prawidłowy jajnik wypełnia się szybko pod niskim ciśnieniem, pojemność jego jest znaczna. Wszelkie odchylenia świadczą o tym, że jajowód jest zmieniony chorobowo. Tam gdzie drożność jajowodów jest zachowana, bez-

płodność może być tylko czasowa. Stąd wniosek, że prawidłowy jajowód jest niezbędny dla normalnego zapłodnienia. Niedrożność jajowodów jest przeważnie następstwem przewlekłego zakażenia narządów płciowych, najczęściej rzeżączkowego, rzadziej wtórnego gronkowcowego. Rokowanie w schorzeniach jajowodów jest poważne. W przypadkach zakażenia paciorkowcowego rokowanie jest mniej groźne, gdyż paciorkowce uszkadzają śluzówkę jajowodów w znacznie słabszym stopniu niż bakterie rzeżączkowe.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

S. SAKAI. *W sprawie wyników leczenia Androstiną nerwicy płciowej.* (Shindan to Chiryo, Rocz. 25, Nr. 5, zesz. 291, str. 728 — 730, 1 maja 1938 r.).

Autor opisuje szczegółowo 2 przypadki nerwicy płciowej — u jednego chorego zapewne wywołanej samogwałtem, u drugiego zmianami gruźliczymi gruczołów chłonnych. W drugim przypadku stwierdził ponadto niedorozwój narządów rodnych. Wstrzykiwaniami Androstiny udało się znacznie złagodzić objawy nerwicy i wpłynąć na niedorozwój. Wstrzykiwania nawet podskórne były niebolesne, wchłaniały się dobrze i nie pozostawiały nigdy nacieków.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

J. MEISEL. *Dożylne stosowanie siarczanu atropiny w leczeniu uporczywych przełomów parasympatycznych (dychawica oskrzelowa, kolka ołowiowa, niepowstrzymane wymioty ciężarnych i t. d.).* (Le Monde Médical, 1 grudzień 1938 r.).

Po ogłoszeniu przze Alajouanine'a wyników leczenia przełomów żołądkowych wiądu rdzenia atropiną, autor zastosował atropinę w kilku uporczywych przypadkach kolki ołowiowej, niepowstrzymanych wymiotów ciężarnych, dychawicy oskrzelowej i uzyskał wyraźny i szybki efekt.

Atropina jest w klinice rzadko stosowana dożylnie, tymczasem ta droga jest mniej toksyczna niż zwykle stosowane drogi podawania atropiny.

Autor przyswoił sobie metodę Alajouanine'a, który zaczyna od ¼ mg i podwajając stale dawkę dochodzi do 2 mg. Wstrzykuje się codziennie w ciągu 4-ch dni (I — ¼ mg, II — ½ mg, III — 1 mg, IV — 2 mg). Autor nie zauważył przy dożylnym stosowaniu atropiny tego rodzaju objawów jak suchość w ustach, zaburzenia wzroku lub zmiany tętna. Przy podskórnym wstrzykiwaniu nie otrzymano tych samych wyników, na podstawie tego autor sądzi, że atropina działa różnie, w zależności od sposobu wprowadzenia.

Atropina, która pobudza prawidłową komórkę nerwową, wydaje się być środkiem uspokajającym w stosunku do komórki chorej, zwłaszcza przy dożylnym wprowadzaniu.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

HANS ZETTEL. (Z III. Uniwersyteckiej Polikliniki Chorób Wewnętrznych w Berlinie. Kierownik: prof. dr. W. Unverricht). *O leczeniu witaminą B_1, szczególnie w przypadkach myelosis funicularis.* (Münchener Medizinische Wochenschrift 1938, Nr. 7, str. 254).

W kilku przypadkach myelosis funicularis wystąpiła niespodziewana poprawa po stosowaniu pozajelitowym dużych dawek witaminy B_1 w postaci Betabionu „forte". Bardzo dobre wyniki uzyskano także w schorzeniach poszczególnych nerwów, jak w nerwobólu międzyżebrowym, rwie kulszowej, nerwobólu nerwu trójdzielnego, w zapaleniu nerwów przedramienia, półpaścu i t. d. Neuralgię międzyżebrową, która wystąpiła w roku 1921 w związku z torakoplastyką, usunięto 12 wstrzyknięciami Betabionu po 1 mg. Nie zdołano osiągnąć wpływu na przypadek myelosis funicularis, istniejący od 6 lat i na dwa przypadki skurczowego porażenia rdzenia oraz stwardnienia wieloogniskowego. Dawkować należy indywidualnie, ponieważ skuteczność wstrzykniętej witaminy B_1 jest różnorodna, zależnie od przypadku. Autor sądzi, że skuteczność witaminy B_1 zależy przede wszystkim od specyficznego działania leczniczego. Dieta bogata w witaminę B_1 jest sama bezskuteczna, tak samo leczenie doustne bywa mniej skuteczne od wstrzykiwań.

Dr. St. Domicz.

———:o:———

G. SANARELLI. *Cacosmia buccalis.* (Presse Med. Nr. 79 r. 1938).

Foetor ex ore zależny od zmian w jamie ustnej, wynikających z zaburzeń ogólnych (zaburzenia jelitowo-żołądkowe), czy też związanych z procesami miejscowymi, i zależy od wzmożonej fermentacji, która powstaje wtedy, gdy wskutek zmiany odczynu śliny dochodzi do nadmiernego rozwoju bakteryj gnilnych, które rozkładają substancje białkowe, wyzwalając związki aminowe o bardzo przykrym zapachu.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

JACQUELIN, JOLY, BRUNNEL, CAUS. *Leczenie dychawicy oskrzelowej solami złota.* (Monde Médical, 1.II.1939).

Autorzy przypominają, że leczenie gruźlicy płuc solami złota przeszło okresy wielkości i upadku. Zalecone po raz pierwszy przez Mollgarda w r. 1924 sole złota miały swój złoty okres tylko w przeciągu 2 — 3

lat. Bardzo prędko zarzucono tę metodę z powodu niestałych wyników i często ciężkich objawów wtórnych. W ostatnich latach jednak szereg autorów, stosując małe dawki z odpowiednimi przerwami doszło do przekonania, że złoto powinno być podawane tylko w gruźlicy przeważająco-włóknistej.

Wychodząc z tego założenia, autorzy postanowili zastosować sole złota w dychawicy oskrzelowej na tle bardzo dyskretnej gruźlicy płuc często utajonej, nie dającej prawie żadnych objawów klinicznych gruźlicy — a więc takiej, gdzie istnieją optymalne warunki do zastosowania soli złota.

Autorzy opisują wyniki leczenia dychawicy oskrzelowej solami złota w ciągu 6-ciu lat swojej praktyki i tłumaczą ich działanie mechanizmem bodźcowym. Stosowali oni dożylnie Chryzalbinę, rozpuszczoną w glukonianie wapnia (metoda Leona Bernarda), lub w podsiarczynie magnezu (metoda Colberta). Praktycznie podawali oni roztwór wapniowy, kiedy chorzy mieli objawy hypokalcaemii — (żywe odruchy, próchnica zębów), roztwór zaś magnezu u chorych, gdzie istniały wskazania do stosowania siarki (konstytucja łojotokowa, obfite wydzielanie oskrzeli, skłonność do stanów zapalnych). Dudan, który pierwszy zastosował sole złota w astmie (1932), podawał 0,01 Sanochryzyny codziennie w ciągu 20 dni. Autorzy zaś wstrzykują 0,02 chryzalbiny 3 razy w tygodniu, podczas pierwszych 2-ch tygodni, przez następne 3 tygodnie robią 2 iniekcje tygodniowo po 0,05, przez następne tygodnie chory dostaje co 7 — 10 — 15 dni jeszcze kilka zastrzyków w celu utrwalenia wyników. Leczenie to musi być powtarzane co pewien okres pod postacią leczenia zapobiegawczego w ciągu 5-ciu tygodni przed spodziewanym okresem atakowym. Chorzy bowiem, którzy zgłaszali się do autorów, cierpieli od dłuższego czasu na astmę i wiedzieli w jakich porach roku dostają ataku astmy.

Na zasadzie swoich doświadczeń klinicznych, autorzy dochodzą do wniosku, że złoto nadaje się tylko w postaciach astmy zimowej, której towarzyszy obfita wydzielina oskrzelowa. Serie wstrzyknięć muszą być powtarzane.

Autorzy jednak zaznaczają, że stosowanie złota odbywało się po uprzednim wypróbowaniu wszelkich innych metod bez efektu.

Dr. P. Heryng.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

B. RUBINSZTAJN. *Coramina w zaburzeniach układu krążenia.* (Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 27/28, 1938 r.).

Na wstępie autor omawia działanie Coraminy na układ krążenia, uwzględniając dotychczasową literaturę. Sam stosował Coraminę w 23

przypadkach ostrych zaburzeń krążenia wskutek niewydolności mięśnia sercowego, zapalenia płuc, zapalenia nerek i t. d. Stosował podskórnie i domięśniowo, a przede wszystkim dożylnie w dawkach 1,7 — 3,4 ccm. i obserwował działanie Coraminy na ciśnienie krwi tętnicze, tętno i oddech, jak również wpływ pobudzający na podmiotowy stan chorego.

Streszczając, autor podaje następujące wnioski:

1. Coramina na ciśnienie tętnicze krwi chorych z nadciśnieniem, wpływa nieznacznie, przejściowo obniżając je; na ciśnienie krwi obniżone i normalne nie wpływa.

2. Tętno zwalnia się, staje lepiej wyczuwalne i pełniejsze.

3. Oddech pogłębia się i niekiedy zwalnia.

4. Bez żadnych obaw Coramina może być stosowana w dawkach większych we wstrzykiwaniach dożylnych w zaburzeniach krążenia u chorych z nadciśnieniem.

5. We wszystkich przypadkach po wstrzykiwaniach Coraminy występuje wyraźna poprawa samopoczucia chorego, a przez swój wyraźnie pobudzający wpływ na ośrodkowy układ nerwowy Coramina jest doskonałym środkiem cucącym.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

BERLINER. *Zwężenie lewego ujścia żylnego.* (Arch. Int. Med., v. 61, Nr. 1, 1938).

Ostatnio istnieje dążność do zmniejszenia roli uszkodzeń zastawkowych w rozwoju niedomogi serca; schorzenie sierdzia jest uważane jako jedyny czynnik rozstrzygający w przebiegu gośćcowych schorzeń serca. Powyższy pogląd stanowi reakcję na dawne mniemanie o decydującej roli aparatu zastawkowego. Materiał kliniczny autora opiera się na danych elektrokardiograficznych i sekcyjnych w 113 przypadkach schorzeń mitralnych serca. Najbardziej znamiennym dla zwężenia lewego ujścia żylnego jest rozszerzenie załamka P w elektrokardiogramie, co zawsze łączy się z przerostem obu komór. Wyraźne powiększenie załamka P występuje głównie w tych przypadkach, gdy zwężeniu lewego ujścia żylnego towarzyszy uszkodzenie zastawki trójdzielnej, co z kolei wywołuje uszkodzenie prawego uszka. W tych przypadkach, gdy zwężeniu lewego ujścia żylnego towarzyszy niedomykalność aorty, załamek P nie jest wyższy niż w przypadkach czystego zwężenia lewego ujścia żylnego; widocznie uszkodzenie zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej nie wywołuje zmian w uszkach przedsionków. Migotanie przedsionków na tle czystego zwężenia lewego ujścia żylnego spostrzega się dość często (4 przypadki śród 19); połączenie zwężenia z niedomykalnością zastawki trójdzielnej wpływa na częstsze występowanie migotania; odwrotnie, połączenie zwężenia z niedomykalnością tętnicy głównej nie wzmaga często-

ści przypadków migotania. Przewaga prawej komory występowała mniej niż w połowie przypadków wady niepowikłanej; dlatego też przewaga prawej komory nie może być poczytywana za znamienny objaw zwężenia lewego ujścia żylnego. Lewogram spostrzega się jedynie w razie współistnienia uszkodzeń zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Najważniejszym objawem elektrokardiograficznym zwężenia lewego ujścia żylnego są zazębienia załamka P. W przypadkach czystej niedomykalności zastawki dwudzielnej bez zwężenia załamek P pozostaje normalnym lub jedynie nieznacznie zmienionym. Tak samo w przypadkach niepowikłanej niedomykalności zastawki dwudzielnej autor ani razu nie spostrzegał trzepotania lub migotania komór. W tym wypadku również nigdy nie stwierdzano przewagi prawej komory. Na podstawie zbadanego materiału autor dochodzi do wniosku, iż uzyskane dane dają możność ustalić w okresie niewyrównania, czy chodzi o odosobnione uszkodzenie zastawki dwudzielnej czy też łączy się ono z uszkodzeniem zastawki trójdzielnej: wybitnie zaznaczona przewaga prawej komory świadczy o jaskrawo uwydatnionym zwężeniu lewego ujścia żylnego; jeżeli jednocześnie na elektrokardiogramie występuje wysoki, rozszerzony i zazębiony załamek P, wówczas należy przypuszczać istnienie uszkodzenia zastawki trójdzielnej. Przewaga lewej komory niewątpliwie wykazuje na połączenie zwężenia lewego ujścia żylnego z innymi uszkodzeniami serca, zwłaszcza na tle nadciśnienia.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

H.-H. SIEMENS. *Rozpoznanie i leczenie zaburzeń krążenia w chorobach zakaźnych* (Medizinische Klinik Nr 51)

Zaburzenia krążenia w chorobach zakaźnych polegają według obecnych poglądów przede wszystkim na osłabieniu nerwów naczynioruchowych, czy to poprzez zadziałanie toksyn wprost na ściankę naczyń, czy też na drodze uszkodzenia ośrodka nerwowego; obwodowe części układu naczyniowego, przede wszystkim arteriole i naczynia włoskowate w jamie brzusznej tracą napięcie i następuje wewnętrzne skrwawienie się chorego, jednocześnie ośrodek naczynioruchowy nie otrzymuje dostatecznej ilości tlenu i działanie jego ulega zaburzeniu. Dlatego też należy stosować jednocześnie środki działające obwodowo i centralnie. Adrenalina działa obwodowo najsilniej, lecz krótko, a jednocześnie podnosząc silnie ciśnienie, stawia sercu większe wymagania. Lepszym jest sympatol, działający nie tak ostro, lecz zato dłużej. Ośrodkowo działają strychnina, kamfora i jej „pochodne“, jak hexeton, coramina, cardiazol, wreszcie lobelina. Kofeina ma również ośrodkowe działanie.

Jednakże obok uszkodzenia naczynioruchowego spotykamy w przebiegu chorób infekcyjnych nieraz i zmiany w mięśniu sercowym, należy

więc stosować i środki nasercowe. Na digitalis w momencie niebezpieczeństwa jest za późno, zaś profilaktycznie digitalizowanie małymi dawkami większość autorów w chwili obecnej uważa za niecelowe. Najlepszym środkiem jest strofantyna, wskazaniem do jej zastosowaaia jest coraz szybsze, małe, miękkie tętno, nie reagujące dostatecznie na środki działające obwodowo; autor podaje aż do 1 mg strofantyny dziennie, przy najwyższej dawce pojedyńczej 0,5 mg najczęściej 0,3 — 0,5 mg strofantyny w glukozie codziennie lub co drugi dzień. Dzieciom zależnie od wieku, zazwyczaj wystarcza $^1/_{10}$ mg. Przy niemożności wykonania zastrzyku dożylnego, można dać domięśniową strofantynę „myocombinę" (Fa. Boehringer).

W ciężkich przypadkach toksycznej błonicy autor radzi podawać profilaktycznie per os albo podskórnie sympatol, coraminę, coffeinę lub cardiazol, co ma zapobiegać tak niebezpiecznym już w pierwszych dniach tej choroby zapaściom; w późniejszym okresie, t.j. między 7 a 12 dniem choroby, gdy dochodzi do zwykle śmiertelnego myocarditu pozostaje jeszcze do wypróbowania strofantyna.

Dr. Z. Mackiewicz.

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

F. ŁABENDZIŃSKI. *Wyniki 44 nakłuć mostkowych przy gruźlicy płuc.* (Folia Haematologica 69/2 r. 1938).

Badania przyżyciowe szpiku kostnego oddają kolosalne usługi nie tylko przy schorzeniach krwi, ale również przy wielu innych chorobach. W grupie chorób zakaźnych ważnym jest zróżniczkowanie szeregu jednostek, mających taki sam skład szpiku jakościowy jak krew obwodowa, w przeciwieństwie do drugiej grupy (m. in. tyfus), wykazującej duże różnice.

W gruźlicy płuc badania szpiku wykonywano tylko sporadycznie i raczej w sensie ilościowym (Wolownik, Schilling, Yamamoto, Tempka, Braun i inni).

Autor postawił sobie za cel wyjaśnienie, czy rozmaite formy i okresy gruźlicy wpływają na obrazy szpiku. Badania swe przeprowadził na 40 chorych z gruźlicą płuc, wykonywując 44 punkcyj.

Większość chorych należała do typu gruźlicy bronchogennej, począwszy od postaci wczesnego nacieku, do końcowych suchot. Połowa z tych chorych cierpiała na swoiste powikłanie, jak zmiany w gruczołach, wysięki, gruźlicę krtani, krwawienie z płuc, choroba Poncet'a. Niektórzy z chorych cierpieli prócz gruźlicy na inne schorzenie: nadnerczak, lues. Poza tym jedna z chorych była w ciąży.

Technika. Autor używał igły Kissa, skracając ją o połowę. Po znieczuleniu miejscowym wkłuwał igłę do jamy szpikowej, wpuszczając 0,2 cytrynianu i aspirując natychmiast 0,2 — 0,3 zawiesiny. Aspirowany materiał miał zawsze ten sam wygląd krwawej, płynnej substancji, na której powierzchni pływały oka tłuszczu. Po punkcji wykonywano liczne preparaty mazane, grube krople, wreszcie preparaty do barwienia przyżyciowego na retikulocyty. Otrzymane liczby autor ujął w szereg tablic, szeroko opracowując jedynie wyniki ostateczne.

A. Obraz biały.

I. Jak z tablic wynika, wśród ciałek białych dominują neutrofile (przeciętnie 84%). Stosunek neutrofilów do młodych form, a więc myeloblastów i promyelocytów wynosi około 10 : 1, w cięższych przypadkach stosunek zmienia się na 5 : 1, w lżejszych 22 : 1. Na ogół jednak obraz zbliża się do grupy określonej przez Schillinga w swojej klasyfikacji jako dojrzały, neutrofilny szpik. Z innych ciekawych rezultatów należy podkreślić parallelizm pomiędzy dynamiką procesu gruźliczego, a zmianami zwyradniającymi w jądrach i protoplaźmie. Jako oznaki uszkodzenia protoplazmy stwierdza on: zbijanie się ziarnistości lub całkowity jej zanik, tworzenie się wodniczek, nierówność samych komórek. Zwyrodnienie jąder charakteryzuje się występowaniem wodniczek, przedwczesnym starzeniem się i przedwczesną regeneracją. Wszelkie powikłania gruźlicy i towarzyszące choroby nie wpływały zupełnie na obraz szpiku.

II. *Eozynofile.* Przeciętna ilość znajdywanych w badaniach autora wynosiła $^{4}/_{100}$ białych ciałek, wahając się między 0,5 a 14,5%. Ostatnią cyfrę stwierdzono w przypadku gruźlicy jamistej. U innego chorego w krwi obwodowej nie stwierdzono żadnych eozynofilów, podczas gdy ze szpiku otrzymano 4%. Przypomina to objawy w tyfusie.

III. *Monocyty.* W szpiku znajdywano nadzwyczaj niskie cyfry. Zgadza się to z wywodami Schillinga, który podkreśla występowanie bardzo licznych monocytoz obwodowych bez udziału szpiku. Również i w gruźlicy płuc w niektórych okresach stwierdzano duże ilości monocytów na obwodzie. U autora w 9 przypadkach ilość monocytów wynosiła na obwodzie 15%, a nawet więcej, podczas gdy w punktatach ilość monocytów nie przekraczała 0,1 — 0,5%.

IV. *Limfocyty.* Występowały dosyć często w szpiku, przysparzały jednak duże trudności rozpoznawcze. Przeciętna ilość wynosiła 11%, wahając się od 2 — 25. Podobne duże ilości limfocytów w szpiku stwierdzono również i przy innych schorzeniach: przy anemii złośliwej 5 — 12% (Tempka, Braun), w kile 5 — 28% (Walter, Trzebicky).

V. *Megakariocyty.* Autor nie znajdował żadnych specjalnych odchyleń od normy. W dużych kroplach znajdował od 40 — 50 komórek dojrzałych o wielokształtnych jądrach i granulowanej protoplaźmie.

B. Czerwony obraz krwi przedstawiał się dość monotonnie. Ilość jądrzastych postaci wynosiła 4 — 26,5% na 100 ciałek białych. Przeważały nermoblasty, nigdy natomiast nie zauważono megaloblastów. Autor nie mógł wykazać żadnej zależności występowania postaci jądrzastych od obrazu klinicznego.

Retikulocyty zostały wg. Heilmayera podzielone na 4 grupy, w których przesunięcie na lewo oznaczało zwiększenie ilości młodych postaci. W przypadkach autora można było stwierdzić zależność przesunięcia obrazu w lewo od ciężkości stanu chorego. W momentach jednak końcowych następowało zupełne wyczerpanie szpiku i brak przesunięcia obrazu.

Porównując stosunki ilościowe w krwi obwodowej do zawartości szpiku, autor wyciąga wnioski następujące. Przy leukocytozie do 7.000 otrzymywał w szpiku do 7% myeloblastów i promyelocytów i do 28% myelocytów i młodych form. Przy leukocytozie powyżej 7.000 ilość myeloblastów i promyelocytów dochodziła do 9%, a myelocytów i młodych form do 32%.

Autor dochodzi w konkluzji, że w wielu schorzeniach, a więc i w gruźlicy obraz krwi obwodowej różni się kolosalnie od rozmazów szpikowych. Stąd wprowadzenie punkcji jako pomocniczego czynnika diagnostycznego mogłoby oddać duże usługi nietylko w schorzeniach krwi, ale również w chorobach zakaźnych

Wnioski ostateczne.

I. Obraz rozmazów szpikowych przy gruźlicy odpowiada drugiej grupie wg. podziału Schillinga i Yamamoto, t j obrazowi szpiku dojrzałego, neutrofilnego, z lekką tendencją do przechodzenia w grupę trzecią t. j. do szpiku neutrofilnego, niedojrzałego.

II W 44 punkcjach mostkowych, wykonanych u 40 chorych na gruźlicę, w rozmaitych okresach i formach nie otrzymywano nigdy obrazu szpiku myeloblastycznego lub promyelocytarnego.

III. Ilość neutrofilów z protoplazmą i jądrem zwyrodniałym waha się w dużych granicach i odpowiada dynamice procesu gruźliczego, natomiast nie zależy zupełnie od rozległości zajętej tkanki i rodzaju przebiegu.

IV. Zachowanie się obrazu krwi obwodowej nie pozwala wyciągać żadnych wniosków co do charakteru rozmazów szpikowych. Tyczy się to w przypadkach gruźlicy z monocytozą w krwi obwodowej, która nie wpływa zupełnie na zwiększenie procentowe ilości monocytów w szpiku.

———:o:———

BARNES W. A. i FURTH J. *Przeszczepialna białaczka mysia o komórkach atypowych. (Leucemie transmissible a cellules atypiques).* (Le sang, Nr. 9, 1938 r.).

Autorzy opisują nową odmianę przeszczepialnej białaczki mysiej. Występują tutaj komórki, których nie można zaliczyć do szeregu limfatycznego, szpikowego ani monocytowego, przypominające komórki olbrzymie, spotykane przy chorobie Hodgkina.

Przeszczepienie tej postaci białaczki może być dokonane przez wstrzyknięcie zwierzęciu zdrowemu zawiesiny komórek białaczkowych. Jest rzeczą ogromnie ciekawą, że zakażenie przyjmuje się tylko u osobników spokrewnionych ze zwierzęciem, u którego białaczka wystąpiła spontanicznie Osobniki inne ulec mogą zakażeniu dopiero po uprzednim ich uczuleniu przez wielokrotne naświetlanie masywnymi dawkami promieni Röntgena.

Tkanka białaczkowa zamrożona powoli do — 70 stopni pozostaje zdolna do przenoszenia choroby, natomiast szybkie oziębienie zaledwie do — 30 stopni czyni ją nieczynną.

———:o:———

WINTROBE M. M., HANRAHAN E. M. i THOMAS C. B. *Plamica krwotoczna. Przebieg i leczenie. (La purpura hemorragique. Son évolution et traitement).* (Le sang, Nr. 9, 1938 r.).

Autorzy przedstawiają studia nad 62 przypadkami plamicy krwotocznej, których większość obserwowali w ciągu 3 lat od wystąpienia objawów początkowych.

Choroba rozpoczyna się w wieku młodzieńczym lub w dzieciństwie. Przebieg jej bywa bardzo różny. Ostre epizody w jej przebiegu dają się z reguły opanować przez właściwe leczenie, jednak skłonność do nawrotów jest częsta, zwłaszcza u kobiet.

Wycięcie śledziony, według doświadczenia autorów, nie może być traktowane jako leczenie swoiste, lecz tylko objawowe. Nierzadko bowiem po zabiegu zdarzają się nawroty. Mimo wszystko jednak takie postępowanie daje najlepsze wyniki w porównaniu z innymi, stosowanymi dotąd metodami leczenia.

———:o:———

STEPHENS D. G. i HAWLEY E. E. *Witamina C i skazy krwotoczne. (Vitamines C et diathèses hemorragiques).* (Le sang, Nr. 9, 1938).

Autorzy studiowali wpływ dużych dawek soku pomarańczowego w 4 przypadkach hemofilii i 2 purpura thrombopenica.

Okazało się, że nasycenie organizmu witaminą C nie wywiera żadnego wpływu na objawy skazy krwotocznej, skład krwi i odporność włośniczek.

———:o:———

MARBERG C. M. i WILES H. O. *Stosowanie wyciągów żółtego szpiku kostnego w granulocytopenii. (Les extraits de moelle osseuse jaune dans granulocytopenie).* (Le sang, Nr. 9, 1938 r.).

Dwudziestu chorym na granulocytopenię podawano skoncentrowany wyciąg żółtego szpiku kostnego. W 13 przypadkach nastąpiło bardzo szybkie wyleczenie. W pozostałych przypadkach, które nie reagowały na to postępowanie, rozpoznanie granulocytopenii miało być wątpliwe.

———:o:———

CH MASSIAS i PHAN HUY QUAT. *Szybkie wyleczenie zespołu agranulocytozy pobizmutowej przez witaminoterapię A, B, C.* (Le Sang Nr. 3, 1938).

Zespół agranulocytozy może powstać w następstwie wstrzykiwania preparatów bizmutu, jakkolwiek o wiele rzadziej niż po stosowaniu związków arsenu pięciowartościowego i arsenobenzolu.

Autorzy przytaczają przypadek 19-letniego młodzieńca, u którego po 6 injekcjach bizmutu wystąpił ciężki zespół agranulocytozy. Po zastosowaniu leczenia witaminowego (wit. A — 1000 jednostek domięśniowo, B — 36 jednostek do wewnątrz i 0,2 kwasu 1-askorbinowego (dożylnie) nastąpiła szybka poprawa i chory po 12 dniach opuścił szpital wyleczony.

———:o:———

ASZODI Z. *Obraz krwi a witamina C.* (Le Sang Nr. 5, 1938).

Masonyi wykazał, że jedną z przyczyn szkorbutu jest nadtarczyczność, wywołana brakiem witamin C w pożywieniu.

Autor badał skład krwi świnek morskich w stanach hypo i hyperwitaminozy C oraz po wstrzyknięciu tyroksyny. Okazało się, że w stanach hyperwitaminozy C występuje wzmożenie ilości erytrocytów z leukopenią i względną przewagą granulocytów. Stanom ciężkiej hypowitaminozy C towarzyszy z reguły silna niedokrwistość i wyraźna leukocytoza z względną limfocytozą i zniknięciem granulocytów kwasochłonnych. Podanie tyroksyny dawało obraz krwi analogiczny do szkorbutu.

Na zasadzie tych danych doświadczalnych autor uzasadnia pogląd Masonyi'ego.

———:o:———

GREPPIN J. *Zjawiska odpornościowe w przeszczepialnej białaczce kur.* (Le Sang Nr. 2, 1938).

Białaczka kur daje się przenosić z jednego osobnika na inny tegoż gatunku, a także na indyki i perliczki. Zdarzają się jednak osobniki odporne na virus białaczkowy. Ciekawym jest fakt, że krew tych uodpornionych zobojętnia in vitro jad białaczkowy.

Przebycie białaczki kur wywołuje powstanie odporności, chroniącej przed powtórnym zapadnięciem na tę chorobę. Jad białaczkowy zmieszany z żółcią traci swoje własności patogenne i nie jest już w stanie wywołać odporności. W przeciwieństwie do tego, wprowadzenie do ustroju wrażliwego ogrzanego jadu białaczkowego nie wywołuje zachorowania, a stwarza stan czynnej odporności.

W surowicy osobników uodpornionych nie udało się wykazać ciał swoistych typu dwuchwytnika.

NOWE SPECYFIKI FARMACEUTYCZNE:

ETIOPIRYNA „Wander", tabletki à 0,5 g. i proszek do receptury.

ETIOPIRYNA jest to kwas oksychinolinosulfochinizinopięciooksykapronowy i jest wybitnym środkiem przeciwgorączkowym, przeciwreumatycznym i analgetycznym. Preparat ten należy do nielicznych środków terapii regulującej zwiększających odporność organizmu i produkcję leukocytów oraz wzmacniających układ siateczkowo-śródbłonkowy. Obniżanie gorączki następuje w sposób lityczny, bez jakichkolwiek objawów ubocznych, zapaści, i t. p. Preparat ten oddaje szczególnie cenne usługi w przypadkach uporczywych i chronicznych.

ANACOT FORTE zawiera prócz normalnych składników Anacotu jeszcze 0,05 g. rozpuszczalnej pochodnej sulfamidu, jest więc bardzo energicznym *środkiem hemoterapeutycznym,* stosowanym w przypadkach stanów zapalnych jamy ustnej i gardła, anginy, zapalenia ucha środkowego, dróg moczowych i t. p.

Anacot forte zapobiega również powikłaniom po anginie i chorobach zakaźnych.

ARHEINA — maść przeciw katarowi nosa przez swoje działanie ściągające, dezynfekujące i przeciwzapalne powoduje szybkie zmniejszanie się nadmiernej wydzieliny z błon śluzowych nosa.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

KOMUNIKAT PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH

Po posiedzeniu Prezydium Międzynarodowej Federacji Uzdrowisk.

W dn. 21 — 23 stycznia b r. odbyło się w St. Moritz Posiedzenie Prezydium Międzynarodowej Federacji Uzdrowisk. Obradom przewodniczył prezes Federacji arcyks. Józef Franciszek Habsburg.

Na posiedzeniu omawiany był przede wszystkim preliminarz budżetowy Federacji na rok 1939, który zamyka się sumą frs. 17 tys. po stro-

nie dochodów a 23 tys. po stronie wydatków. Dla pokrycia przewidzianego już w preliminarzu deficytu, sięgającego 6 tys. frs. na wniosek delegata Niemiec postawiono po 1 kwietnia wystąpić do kompetentnych władz z prośbą o subwencję. Powyższe postanowienie sprawy rzuca charakterystyczne światło na sposób prowadzenia Federacji, jak również nasuwa pewne obiekcje co do kierunku pożądanego rozwoju i należytego funkcjonowania jej w przyszłości. W dzisiejszych stosunkach międzynarodowych organizacja tego typu, co Federacja Uzdrowisk, pragnąc zachować swą niezależność i istotnie służyć interesom wszystkich swych członków, powinna wystrzegać się decydującego wpływu ze strony któregokolwiek z państw zainteresowanych, a tymbardziej supremacji finansowej przez poszczególne kraje. Należy bowiem przewidzieć, że w wypadku uzależnienia się od utrzymujących ją państw bogatszych, Federacja stanie się tylko wyrazicielem ich interesów i przestanie spełniać swe zadania ogólne, jako rzecznika postulatów wszystkich swoich członków, odpowiednio przedyskutowanych i uzgodnionych na forum międzynarodowym.

Obawy o ten niepożądany obrót sprawy są tym bliższe, że już w obecnej fazie budżet Federacji opiera się w ⅓ na wpłatach ze strony Rzeszy niemieckiej. W deklaracji bowiem przystąpienia organizacja uzdrowisk niemieckich zgłosiła aż 800 posiadanych uzdrowisk. Liczbą tą objęte są przypuszczalnie również letniska, gdyż jest ona nieproporcjonalnie wysoka w stosunku do innych państw. (Polska 51 uzdrowisk, Francja — 120, Jugosławia — 110, Węgry — 85, Szwajcaria — 20, Italia — 200 itp.). Jak wiadomo ilość delegatów do Rady Głównej, a również i wysokość składki członkowskiej zależna jest od liczby należących do organizacji krajowej uzdrowisk.

Ponieważ następne Walne Zgromadzenie ma się odbyć już w r. 1939 na terenie Belgii — w Liege, należy mieć nadzieję, że mniejsze państwa zdołają nadać właściwy kierunek dopiero co rozpoczętej działalności Federacji.

Oprócz spraw ściśle organizacyjnych przedmiotem rozważań zgromadzonych była przede wszystkim sprawa ulg udzielanych w uzdrowiskach i możliwości ewtl. ustalenia dla niej norm międzynarodowych. Jeżeli chodzi o rodzaje i wysokość ulg, konferencja uznała za wskazane udzielanie lekarzom praktykującym całkowitego zwolnienia z opłaty taksy kuracyjnej, najbliższym zaś rodzinom lekarzy 50% zniżki. Co do przedstawicieli innych zawodów Prezydium uznało konieczne jak najdalej idące ograniczenie udzielanych ulg.

Spośród projektowanych wydawnictw Federacji postanowiono w r. 1939 wydać sprawozdania z kongresów balneologicznych odbytych w Budapeszcie w r. 1937 i w Berlinie w r. 1938 oraz tzw. „Bäder-Almanach“, obejmujący wszystkie uzdrowiska państw, wchodzących w skład Federacji.

W wolnych wnioskach przyjęto projekt zwalczania bezwartościowych wydawnictw ogłoszeniowych za pomocą redagowanych przez Federację „czarnych list“. Bolączka ta aktualna jest również i dla Polski, gdyż istnieje i u nas wielka liczba bezwartościowych wydawnictw o charakterze wyłącznie akwizycyjnym, których agenci krążą po uzdrowiskach i pomimo przestróg Związku Uzdrowisk często zdarzają się na tym polu nadużycia. Inicjatywę więc Federacji w tym zakresie należy powitać z uznaniem.

Projekt ustawy o publicznej służbie zdrowia godzi w rozwój uzdrowisk.

Wniesiony do Sejmu przez Rząd projekt ustawy o publicznej służbie zdrowia wywołał ożywioną dyskusję w sferach lekarskich i głośnym echem odbił się w prasie. Ostatnio w sprawie tej zabierają głos i inne czynniki, w których projektowana organizacja służby zdrowia budzi zastrzeżenia i sprzeciwy. Do głosów tych zaliczyć należy memoriał Związku Uzdrowisk Polskich wystosowany do Ministra Opieki Społecznej, zgłaszający do projektu ustawy szereg poprawek.

Według bowiem rządowego projektu podstawą organizacyjną dla opieki zdrowotnej nad ludnością stać się mają — jak wiadomo — ośrodki zdrowia, uruchamiane przez gminy. Powołanie ośrodków zdrowia, jak to podaje uzasadnienie projektu — przyczyni się poza skoordynowaniem działalności organizacyjnej, do lepszego rozmieszczenia lekarzy, którzy dziś są skupieni w wielkich miastach, a brak ich na wsiach i w mniejszych miasteczkach. Jak z tego wynika projekt ma na celu podniesienie ogólnego stanu zdrowotności publicznej, w pierwszym rzędzie zaś na terenach dotąd zaniedbanych pod tym względem, jak wsie i małe miasteczka. Z tego punktu widzenia intencja projektu jest najzupełniej słuszna. Czy realizacja przyniesie zamierzone wyniki, pokaże praktyka.

W dążeniu swym jednak do podniesienia poziomu zdrowotności publicznej projekt nie uwzględnia miejscowości uzdrowiskowych, które w całokształcie spraw zdrowia publicznego odgrywają dużą rolę i w projekcie powinny zająć oddzielne miejsce. W obecnym bowiem ujęciu, skoro uzdrowiska nie są wyłączone spod projektu ustawy o publicznej służbie zdrowia ani też wyodrębnione w specjalne dyspozycje, ustawa ta nie tylko nie przyczyni się do dalszego rozwoju miejscowości kuracyjnych, a przeciwnie — rozwój ten zahamuje.

Rozwój bowiem i funkcjonowanie uzdrowisk zostały unormowane ustawą o uzdrowiskach z r. 1922, znowelizowaną w r. 1928, która dotychczas pozostaje w mocy. Zasadniczą tendencją tej ustawy jest postawienie uzdrowisk użyteczności publicznej na poziomie agend ogólno państwowej użyteczności oraz nastawienie ich w kierunku lecznictwa. Z tego założenia wynika nadzór i opieka Rządu nad uzdrowiskami oraz ochrona ich przed

supremacją interesów lokalnych. Wyrazem tej tendencji jest ustanowienie Komisyj Uzdrowiskowych, jako organów publiczno-prawnych, w których czynnik lokalny, jakkolwiek jest reprezentowany, jednak ograniczony jest przez udział czynników, przedstawiających interes lecznictwa i rozwoju uzdrowiska.

Projekt zaś obecny ustawy — nie znosząc Komisyj Uzdrowiskowych a wprowadzając na ich terenie osobne organy i lekarzy, do których kompetencyj ma należeć stosowanie i wykonywanie przepisów w zakresie publicznej służby zdrowia — stwarza dualizm władz na tym samym terenie. W tych warunkach Komisje, pozbawione władzy i egzekutywy, nie będą mogły wykonać ciążących na nich zadań, co spowoduje nieuchronny upadek uzdrowisk.

Z tych powodów Związek Uzdrowisk zwrócił się do Ministerstwa Opieki Społecznej z wnioskiem o wyłączenie spraw dotyczących uzdrowisk spod projektu ustawy o publicznej służbie zdrowia, a przynajmniej o wyodrębnienie ich w oddzielne dyspozycje uzgodnione z obowiązującym w tej dziedzinie stanem prawnym i dostasowanie tych zagadnień do aktualnych wymogów życia oraz o pozostawienie w pełnej mocy kompetencji i agend Komisyj Uzdrowiskowych.

Należy się spodziewać, że z uwagi na dobro i przyszłość polskiego przemysłu uzdrowiskowego Ministerstwo wniosek uwzględni.

Ruch cudzoziemców w Polsce.

Ruch cudzoziemców w Polsce stanowi zagadnienie niezmiernie aktualne ze względu na wytworzoną ostatnio sytuację polityczną w środkowej Europie. Przed turystyką i uzdrowiskami polskimi otwiera się obecnie okres koniunktury, co niejednokrotnie było już poruszane w prasie.

Inwestycje uzdrowisk postulatem ogólno-państwowym.

W dniach najbliższych Związek Uzdrowisk Polskich występuje ponownie do Rządu przez swoje resortowe Ministerstwo Opieki Społecznej z memoriałem w sprawie udostępnienia uzdrowiskom możliwie dogodnego kredytu na inwestycje. Na tle bowiem zmienionej sytuacji politycznej dzisiejszej Europy problem konieczności wprowadzania inwestycyj w uzdrowiskach polskich nabiera zupełnie nowego zabarwienia.

Dotychczas uzdrowiska nasze zdając sobie w pełni sprawę ze swoich braków, a napotykając na wielkie trudności przy uzyskaniu funduszów na pożądane zwiększenie tempa swoich inwestycyj, przeprowadzały je własnym wysiłkiem stopniowo. Zbyt powolny jednak postęp inwestycyj zmuszał je do rezygnowania z bardziej wymagających kuracjuszy, przywykłych do komfortu światowych „badów“. Z uwagi na to, sprawa szerszej propagandy na terenie zagranicy postawiona była dotąd w polityce pol-

skiego przemysłu uzdrowiskowego na dalszym dopiero planie, za pierwszy etap pracy uważano podniesienie poziomu miejscowości kuracyjnych przez odpowiednie inwestycje.

Rozwój uzdrowisk jest zagrożony.

Ciężko uwierzyć w kursujące wiadomości, jakoby Komitet Ekonomiczny Minstrów, obradujący dn. 19.XII r. z. pod przewodnictwem wpremiera Kwiatkowskiego, nad ustaleniem ogólnych wytycznych akcji kredytowo-budowlanej na rok 1939, wyeliminował uzdrowiska z możliwości korzystania z pomocy finansowej Rządu na cele budownictwa mieszkaniowego.

Jak wiadomo bowiem od szeregu lat z Państwowego Funduszu Budowlanego przeznaczonego na podtrzymanie i rozwój ogólnego budownictwa mieszkaniowego w kraju był przyznawany niewielki kontyngent w kwocie do 500 tys. złotych rocznie na finansowanie tego rodzaju budownictwa w uzdrowiskach polskich. Jak dotychczas stanowiło to jedyną formę rządowej pomocy kredytowej dla uzdrowisk. Należy tu nadmienić, że uzdrowiska mają teoretycznie zagwarantowane obowiązującą do dziś dnia ustawę uzdrowiskową specjalną opiekę Państwa oraz prawo korzystania z odpowiedniej pomocy ze strony Skarbu Państwa. Zasady, na jakich pomoc ta udzielana będzie w każdym poszczególnym wypadku ustali p. Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Skarbu.

Według posiadanych informacji, Komitet Ekonomiczny postanowił, że w roku 1939 kwoty na akcję terenowo-budowlaną będą wynosiły 43 milj. zł., z czego suma 38 milj. ma być przeznaczona dla Państw. Funduszu Budowlanego i na finansowanie budownictwa wiejskiego. Pozostałe 10 milj. ma dostarczyć Fundusz Pracy. Zostały natomiast całkowicie zmienione podstawy, na jakich kredyty budowlane będą udzielane. Pomoc kredytowa obejmować ma tylko domy o najmniejszych mieszkaniach 1-o i 2-u izbowych, a więc tym samym pójść ma wyłącznie w kierunku popierania potrzeb budownictwa robotniczego. Rozwój uzdrowisk zaś wymaga powstawania na ich terenie objektów mieszkalnych, większych, które mogłyby być użyte na nowoczesne pensjonaty i hotele; nawet najmniejsze uzdrowiska bowiem nie mogą być zainteresowane budową 1-o i 2-pokojowych mieszkań. Tym samym więc zostały uzdrowiska kompletnie wyłączone z możliwości korzystania z kredytów Państw. Funduszu Budowlanego.

Słusznym jest niewątpliwie, że Rząd w powyższej swej decyzji ograniczył się do zaspokojenia najpilniejszych potrzeb państwowych i kierował się hierarchią ogólnych potrzeb budownictwa mieszkaniowego w kraju. *Należy jednak zauważyć, że w momencie, kiedy wyższa racja stanu i cała opinia publiczna domaga się od uzdrowisk zapewnienia krajowi gospodarczych korzyści, czerpanych obficie przez inne państwa z ruchu*

obcych w danych krajach i rozwijania w tym celu zaniedbanej dotąd propagandy uzdrowisk na terenie państw obcych — niemożliwą jest rzeczą zaprzestanie przez uzdrowiska polskie niezbędnych inwestycyj i wstrzymanie ich rozwoju.

W tym stanie rzeczy nie mogą być uzdrowiska kompletnie pozbawione wszelkiej możności popierania przez Rząd miejscowej inicjatywy prywatnej w zakresie budownictwa mieszkaniowego przy pomocy kredytu na te cele przyznawanego. Również o ile chodzi o przygotowanie uzdrowisk na przyjęcie wzrastającej stale liczby kuracjuszy krajowych i ponad to gości zagranicznych — zapewnienie dostatecznej ilości nowoczesnych pomieszczeń w uzdrowiskach jest zagadnieniem wręcz kapitalnym.

O ile zgodne są ze stanem faktycznym kursujące pogłoski, które mają jednak dla uzdrowisk zbyt wielkie znaczenie, aby można je było pominąć milczeniem — należy wyrazić najgłębsze przekonanie, że Rząd w uznaniu słusznych postulatów i znaczenia uzdrowisk dla ogólnego gospodarstwa narodowego znajdzie inną formę, umożliwiającą zaspokojenie ich słusznych, a nawet palących potrzeb.

TREŚĆ

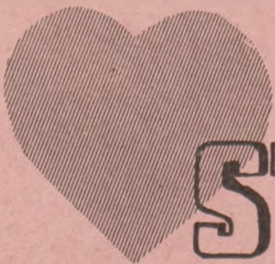
REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175.

Drukarnia „Antiqua“, St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Przy osłabieniu czynności ważniejszych ośrodków życiowych, serca i układu naczyniowego



STIMINOL

SPIESS

STIMINOL podawany wraz z innymi lekami nasercowymi, podnosi ich farmakodynamizm i przyśpiesza działanie.

STIMINOL znajduje szerokie zastosowanie w chorobach serca i krążenia, dróg oddechowych, w chirurgii, położnictwie, w chorobach zakaźnych, w pomocy doraźnej, zatruciach gazami, środkami nasennymi, morfiną i t. p.

Dawka podskórna 1 — 5 cm^3; **dożylna** 1 — 5 cm^3, powtarzana w razie konieczności, kilka razy w krótkich odstępach czasu, ogólnie do 15 cm^3; **doustna** 15 — 30 kropel kilka razy dziennie. Dzieciom dawki mniejsze, odpowiednio do wieku.

Flakony po 10 g, 15 g i 50 g.
Ampułki. Pud. 5 amp. po 1,5 cm^3.
„ „ 3 „ „ 5,5 „
Opakowanie szpitalne 100 amp. po 1 cm^3 i po 1,5 cm^3.

Przem.-Handl. Zakł. Chem.

LUDWIK SPIESS I SYN

Sp. Akc. — Warszawa